

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

197

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 avril 1889, à 1 heure

Par MAURICE PERAIRE

Né à Aix-en-Provence, le 21 Février 1858

Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris

Membre correspondant de la Société anatomique et de la Société clinique

DES

ENDOMÉTRITES INFECTIEUSES

ROLE DES MICRO-ORGANISMES DANS LA PATHOGÉNIE DES MALADIES DES FEMMES

ESSAI DE THÉRAPEUTIQUE UTÉRINE ANTISEPTIQUE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges { MM. LABOULBÈNE, professeur.

HUTINEL et QUINQUAUD, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ RICHET.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	N...
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	travaux anatomiques.	ROBIN (Albert)
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REMY.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON ONCLE

M. LE DOCTEUR J. LISBONNE

Médecin honoraire des hôpitaux d'Aix
Président de la Commission des hospices

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin de l'hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur

DES ENDOMÉTRITES INFECTIEUSES

ROLE DES MICRO-ORGANISMES

DANS LA PATHOGÉNIE DES MALADIES DES FEMMES

ESSAI DE THÉRAPEUTIQUE UTÉRINE ANTISEPTIQUE

INTRODUCTION

Il y a quelques années encore, imbu de l'influence mystérieuse des diathèses sur la production des métrites, des endométrites, des hypertrophies et des ulcérations du col, on traitait à peine localement ces affections.

Toute la thérapeutique consistait à toucher le col utérin avec un liquide plus ou moins modificateur; Courty avait cru faire beaucoup en introduisant dans la cavité utérine un crayon de nitrate d'argent, exemple suivi par les praticiens les moins timorés.

Le traitement était symptomatique.

L'ulcération étant le reflet de la maladie utérine, le traitement dirigé contre elle n'était que palliatif.

Il est vrai que l'antisepsie n'était pas découverte; et toute tentative opératoire, toute manœuvre un peu hardie sur l'utérus était suivie de mort par péritonite, par phlegmon pelvien, ou par infection purulente.

Cette perspective peu encourageante ne pouvait que commander l'abstention, et cela d'autant plus que la plupart des opérations gynécologiques n'ont que fort rarement les caractères d'opérations d'urgence.

Cette aptitude à l'infection explique pourquoi la gynécologie a fait si peu de progrès pendant si longtemps, et est restée presque exclusivement médicale.

Aujourd'hui, grâce aux belles découvertes de M. Pasteur, qui ont ouvert une voie nouvelle à la chirurgie, la thérapeutique utérine a bénéficié des procédés antiseptiques.

Aussi, existe-t-il moins de récalcitrants, moins de partisans d'une expectation constante en gynécologie.

La constance des bons résultats opératoires de la thérapeutique intra-utérine bien entendue et maniée par des hommes experts dans les rigueurs de l'antisepsie moderne; l'innocuité des opérations, le nombre considérable de cas publiés sans aucun accident ont ouvert les yeux des classiques les plus endurcis dans les vieilles méthodes.

Mais ce que l'on ne s'est pas assez demandé, c'est comment agissaient ces antiseptiques, en d'autres termes sur quels microbes pouvait s'étendre leur sphère d'action.

C'est cette lacune que nous allons essayer de combler; ce sont les recherches que nous avons faites pendant trois ans consécutifs sur les micro-organismes de la cavité utérine que nous allons exposer en insistant sur les modifications qu'ils apportent dans la pathogénie des affections utérines, c'est le bon résultat d'une intervention logique et rationnelle dirigé contre ces micro-organismes que nous allons publier.

Nous pensons que nos premiers travaux seront confirmés par des recherches ultérieures; et qu'il n'est ni prématuré ni trop hardi de prévoir que dans un jour prochain sans doute, on pourra compléter les quelques anneaux qui manquent, dans le cas qui nous occupe, pour constituer cette chaîne non interrompue que représente la patiente et rigoureuse méthode introduite dans la science par Pasteur pour l'étude de chaque micro-organisme en particulier.

Si la conception des affections utérines est entrée dans une voie nouvelle, nous serons heureux d'y avoir contribué pour notre faible part.

Dans le cours de notre internat passé à l'hôpital Beaujon et à l'hô-

pital Bichat, nous avons été à même de voir combien les résultats de la thérapeutique intra-utérine antiseptique étaient remarquables.

Cette année même, nous avons suivi de nouveau les malades traitées de la sorte, les années précédentes : soit à l'hôpital, soit en ville ; et toujours nous avons été émerveillé des avantages retirés de cette médication toute moderne.

Ce qui, à nos yeux, donne le plus de valeur à cette étude, c'est qu'elle a été entreprise à l'instigation et poursuivie sous le contrôle de notre excellent maître, M. le Dr Terrier, qui n'a cessé de nous prodiguer ses précieux conseils et ses bienveillants encouragements, pour lesquels nous le prions de bien vouloir accepter ici l'expression de notre vive gratitude.

De plus, notre maître a bien voulu nous faire part de quelques faits observés dans sa clientèle. Cette nouvelle preuve d'intérêt jointe à la reconnaissance que nous lui devons pour l'enseignement que nous avons reçu de lui, pendant notre externat, notre internat provisoire et notre dernière année d'internat, nous autorise à profiter avec joie de l'occasion qui nous est offerte pour l'assurer que nous ne perdrons jamais le souvenir du temps trop court pendant lequel nous avons eu l'avantage de recevoir ses leçons.

Nous ne saurions également trop remercier nos maîtres dans les hôpitaux, M. le professeur Dieulafoy qui a bien voulu nous faire l'honneur d'être notre président.

MM. les Drs Hérard, L. Labbé, Le Dentu, Segond, Quénu, Richelot, Blum, Peyrot, Jalaguier, Horteloup, Desprès, Gingeot, Gombault et Schwartz de l'intérêt qu'ils nous ont porté pendant toutes nos années d'étude.

Que notre collègue, M. le Dr Hallé, veuille bien recevoir aussi nos remerciements. C'est lui qui nous a initié aux recherches bactériologiques : et, grâce à ses bonnes leçons, la tâche nous a été rendue plus facile dans le laboratoire du professeur Cornil, où notre maître le Dr Chantemesse et notre ami et collègue M. Fernand Vidal nous ont aidé de leur expérience et de leurs conseils.

Nous n'oublierons pas non plus notre collègue et ami M. Isch-Wall qui nous a octroyé la permission d'opérer quelquefois dans son service. MM. Paquy et Courtet, externes des hôpitaux ont apporté le plus grand soin à recueillir plusieurs observations.

Qu'ils reçoivent ici nos sincères remerciements.

DIVISION

Ce travail comprendra deux parties : une partie théorique et une partie pratique. Dans la première, après avoir passé en revue ce qui a paru sur les micro-organismes utérins, nous décrirons ce que nous avons pu constater dans les écoulements de nos malades ; et nous dirons ce que les cultures et les inoculations ont donné entre nos mains.

Dans la deuxième partie relative au traitement, nous donnerons un aperçu rapide des substances antiseptiques que nous avons employées, et ensuite, le résultat de nos observations pour chacune de ces substances en cherchant à établir quelle est la meilleure.

Enfin, avant de poser nos conclusions nous ajouterons les observations qui formeront la preuve clinique des opinions contenues dans ce travail.

Ces observations ne sont pas toujours suffisamment complètes. Mais nous ferons remarquer combien de temps demande l'étude d'une seule, qui ne peut être menée à bien que par des cultures multipliées et par des examens microscopiques extrêmement nombreux.

Au cours de notre exposition, quand nous rencontrerons pour la première fois un micro-organisme nous le décrirons avec soin, nous bornant à en faire la simple mention quand nous le retrouverons dans la suite.

Bien que nous soyons loin, hâtons-nous de le dire, d'avoir accompli la tâche que nous nous étions assignée, nous devons nous borner, pour le moment, à faire connaître les résultats obtenus. Nous comptons les continuer plus tard ; et pour les mener à bonne fin de longues et laborieuses investigations sont encore nécessaires.

PREMIÈRE PARTIE

Sécrétion des organes génitaux de la femme

(Atlas de microscopie clinique, par le Dr PEYER, 1887, ch. VIII).

« Le smegma qui se forme dans les parties génitales externes est un mélange des sécrétions des diverses glandes qui s'y trouvent, glandes muqueuses, sébacées et sudoripares. En outre, il s'y ajoute des cellules d'épithélium pavimenteux qui se détachent sans cesse de la surface des organes génitaux.

La muqueuse vaginale elle-même, couverte d'un épithélium pavimenteux stratifié, sécrète un liquide acide qui forme avec les cellules desquamées une bouillie blanchâtre.

Dans le canal cervical, l'épithélium pavimenteux fait place à de l'épithélium prismatique, puis vibratile. Dans cette région, des glandes tubulaires produisent une sécrétion alcaline qui contient peu d'éléments figurés.

La cavité utérine est tapissée d'un épithélium vibratile ; ici les glandes tubulaires sécrètent en petite quantité un mucus alcalin.

Dans le catarrhe de ces organes, la sécrétion du mucus augmente, les leucocytes sont plus nombreux, et les cellules épithéliales subissent une desquamation plus active.

Parasites. — Les bactéries, vibrions et leptotrix sont très fréquents. »

L'auteur figure dans une planche la sécrétion vaginale d'une femme enceinte qui souffrait de prurit du vagin : « Le champ visuel est entièrement couvert par ces parasites. L'oidium albicans qui se présente souvent, dit-on, chez les femmes enceintes, était au contraire rare dans ce cas.

Parmi les parasites animaux, il faut citer le *trichomonas vaginalis*, un infusoire long d'environ 8 μ . Il n'a pas de signification particulière. Il n'est surtout pas spécial à la vaginite blennorrhagique, mais se trouve dans tous les catarrhes. »

Les micro-organismes de la cavité utérine.

Nous avons fouillé ce qui a été écrit sur la bactériologie médicale et chirurgicale ; mais nulle part nous n'avons trouvé de travail d'ensemble sur les micro-organismes utérins dont l'action pathogène nous a paru pourtant hors de doute dans les affections de l'utérus. En effet, d'après ce que l'on connaît sur les inflammations chroniques de l'utérus, leur évolution, leur peu de tendance à la guérison, enfin la modification qu'elles impriment aux tissus, modification que le microscope a appris à bien connaître, il est certain que les neuf dixièmes de ces affections sont d'origine locale, infectieuse.

(Die Mikroorganismen in Genitalcanal den gesunden Frau, G. Winter *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 2.)

Winter s'est surtout attaché à résoudre ces deux questions : 1° dans quelle partie du canal génital de la femme saine trouve-t-on des micro-organismes ; 2° Quelle est la nature de ces microbes, et avant tout sont-ils pathogènes ? Ses recherches ont été faites uniquement sur le vivant.

Examen des trompes. — Les recherches ont porté sur 40 trompes fraîches avec toutes les précautions voulues de stérilisation. Le résultat est que la trompe normale ne contient de micro-organismes dans aucun point de son trajet.

Examen de l'utérus. — 30 utérus ont été examinés soit au niveau de la cavité du corps, soit au voisinage de l'orifice externe. La conclusion est la suivante : la cavité utérine saine ne renferme pas de micro-organismes ; on en trouve au voisinage de l'orifice interne dans la moitié des cas.

Examen du col. — De ses recherches portant sur 20 femmes dont 10 enceintes, l'auteur conclut que la cavité cervicale d'une femme bien portante contient de nombreux microbes.

Examen du vagin. — Le vagin d'une femme saine renferme toujours des microbes.

En résumé, chez toute femme en bonne santé, il existe de nombreux micro-organismes dans le vagin et le col, tandis que le corps de l'utérus et des trompes n'en contiennent pas ; la limite des deux régions est marquée à peu près par l'orifice interne.

Quant à la nature de ces organismes, l'auteur en a trouvé de 27 sortes.

Les inoculations faites sur les animaux restèrent négatives. Les germes qui existent dans le canal génital sont donc dans un état de virulence atténuée.

Micro-organismes dans l'utérus sain.

Pour mener à bonne fin notre travail, nous avons examiné les utérus de toutes les malades entrant à l'hôpital Bichat dans le cours de l'année 1887, et de quelques autres dans l'année 1888.

Le mucus utérin normal est limpide, transparent, sans mélange de parties jaunâtres. Pour le recueillir, il est nécessaire de se servir soit d'un spéculum, soit d'une valve de Sims. Ces instruments doivent être plongés au préalable dans une solution de bichlorure d'hydrargyre à 1 pour 2000 ou dans l'eau phéniquée faible avant d'être appliqués. Leur introduction est assez aisée de cette façon. Il faut éviter d'employer pour les graisser l'huile ou la vaseline. Ces matières grasses gênent en effet beaucoup l'examen des préparations.

A l'aide d'un fil de platine stérilisé, nous avons pris chaque fois un peu du mucus utérin, en faisant pénétrer le plus loin possible le fil de platine, après avoir évité de toucher aux parois vaginales préalablement désinfectées au moyen d'injections antiseptiques.

D'autres fois, nous sommes allé directement chercher le mucus utérin au fond de la matrice au moyen d'une longue pipette de verre stérilisée, ou bien sur les lamineaires et les éponges placées la veille dans la cavité utérine.

Nous avonsensemencé des tubes, moitié gélatine-peptone, moitié agar, moitié gélose glycinée.

Les tubes d'agar ont été mis à l'étuve (37°), ceux de gélatine laissés à la température du laboratoire (18-20°).

Dans aucun de ces tubes, il ne s'est développé de culture, lorsque les utérus étaient sains, à part quelques colonies dont l'aspect caractéristique a fait reconnaître l'*aspergillus*, introduit accidentellement.

Sur des lamelles faites avec du mucus d'utérus sain, lamelles colorées par simple ou double coloration, nous n'avons constaté la présence d'aucun micro-organisme.

Sur un utérus enlevé complètement par le Dr Richelot le 10 octobre 1887, utérus en rétroflexion déterminant des accidents douloureux insupportables chez une névropathe, pas de micro-organismes non plus. Cet utérus atteint les années précédentes d'endométrite avait subi le curettage et l'écouvillonnage pratiqués par le Dr Doléris (voir Th. de Barraud, 1888, p. 154). Sa muqueuse s'était reproduite, et aucun écoulement n'existait.

Lesensemencements faits dans l'agar et la gélatine-peptone restèrent sans résultat. Nous conservons encore les tubes qui n'ont donné aucune culture.

Enfin, lorsqu'après le traitement antiseptique ou le curettage de l'utérus nous avons examiné au moment de leur sortie le mucus utérin des malades entrées à l'hôpital Bichat pour des endométrites, du catarrhe cervical, des ulcérations du col, etc., nous avons remarqué une disparition des micro-organismes qui au début fourmillaient en quelque sorte dans le liquide utérin. Les cultures restaient aussi muettes, à cette période de guérison.

Nous voyons donc que nous sommes arrivé à des conclusions un peu différentes de celles de l'auteur allemand.

Microbes de l'utérus malade. — Leur mode d'action.

Aucun organe n'est plus que l'utérus exposé à des localisations septiques.

Sans cesse en contact avec les sécrétions vaginales, qui peuvent être modifiées par l'entrée des germes atmosphériques; organe éminemment vasculaire, il se laisse rapidement modifier par le contact des micro-organismes.

Ceux-ci se développent lorsque chez la femme il y a absence complète d'antisepsie, et même absence de l'asepsie la plus vulgaire.

Une fois développés les micro-organismes pénètrent par effraction en quelque sorte dans l'utérus. Ils laissent derrière eux une porte ouverte. Ils préparent les voies et le terrain pour des inoculations successives.

Alors se trouve altéré et dévié le type morbide primitif; et à un état infectieux primitif léger peut se substituer un état infectieux secondaire qui tend à modifier du tout au tout pronostic et traitement. Nous aurons à y revenir plus tard.

SIREDEY (art. Métrite. *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, p. 631), à l'exemple d'autres auteurs, accepte que la métrite peut apparaître dans l'enfance à la suite de *fièvres exanthématiques, la variole, la rougeole, la scarlatine*, etc., mais il pense que les écoulements purulents observés peuvent provenir uniquement de la vulvite.

C'est l'opinion de Schröder : comme l'a dit cet auteur :

« Les notions modernes exigent que nous accordions une importance toute spéciale à la pénétration dans la cavité utérine d'agents nocifs venus de l'extérieur. »

C'est aussi celle de notre maître le Dr Terrier et de quelques chirurgiens des hôpitaux. Le Dr Doléris y insiste particulièrement.

« Conditions septiques procédant de l'extérieur, engendrées dans les voies génitales externes et tenant à l'altération des liquides sécrétés ou du sang des règles.

Il suffit que ces produits organiques donnent asile à des organismes phlogogènes pour qu'à l'occasion d'un traumatisme quelconque ou d'une congestion intense déterminant l'effraction du revêtement épithélial, l'inflammation se fixe et se propage dans toute l'étendue de la muqueuse. La menstruation, les excès vénériens, les relations brutales ou disproportionnées, la masturbation sont, en pareille circonstance, des facteurs très actifs de la congestion qui prépare la métrite. » (Doléris. *Nouv. archives d'obstétrique et de gynéc.*, 1887, 25 février, p. 97.)

Ajoutons à cela, comme l'a démontré DOEDERLEIN (*Archiv. für Gynæcol.* Bd. XXXI. Heft VIII), que les lochies d'une femme malade contiennent le streptocoque pyogène.

La menstruation doit nous arrêter un instant, en tant que facteur de la congestion utérine. Son rôle en effet est considérable.

Au moment de chaque époque menstruelle, la muqueuse utérine est soumise à une mue, à une chute épithéliale qu'on n'observe ni sur la muqueuse du col, ni sur celle du vagin.

Ce résultat de la menstruation doit aider à la colonisation des microbes.

Inflammation septique née à l'occasion de l'accouchement ou de l'avortement naturel ou provoqué.

On a dit qu'après l'accouchement, les endométrites pouvaient fréquemment se produire. Cela se comprend facilement.

En effet, le tissu utérin, imbibé de sang et de lymphe comme le serait une éponge, est tout disposé pour recevoir les germes morbides et favoriser leur développement. Les petites érosions, les petites ulcérations ne manquent pas non plus.

Le terrain est donc admirablement préparé au transport et à l'éclosion de tous les micro-organismes, de tous les germes infectieux.

La canule sale d'un irrigateur, une sonde utérine malpropre peuvent donner lieu à une véritable inoculation : le doigt du médecin, ou de la sage-femme peuvent servir d'intermédiaire.

S'il reste dans la cavité utérine des débris de placenta ou de membrane après un avortement ou un accouchement mal fait ; et si un traitement antiseptique n'est pas immédiatement constitué, l'endométrite puerpérale s'installe, et peut produire des accidents aigus, graves.

D'autres fois, elle passe sournoisement, progressivement à l'état chronique.

Les micro-organismes superficiels au début par suite de la desquamation épithéliale de la muqueuse utérine laissent béantes les cavités glandulaires après les règles, l'accouchement, ou l'avortement, deviennent profonds au fur et à mesure que la muqueuse se régénère, et sont petit à petit tassés par les nouvelles cellules épithéliales de cette muqueuse.

Le coït pratiqué avec un sujet atteint d'un écoulement urétral peut disséminer les germes sur le col utérin et servir à leur transmissibilité sur toute la surface profonde de la cavité utérine. L'érethisme vasculaire qui accompagne l'orgasme vénérien aide pour sa part à la facilité avec laquelle ils s'implantent dans les tissus. Les cils vibratiles de la muqueuse utérine oscillant de dehors en dedans contribuent sans nul doute au transport des micro-organismes. Ces micro-organismes partant de l'utérus peuvent occasionner des désordres graves. Nous n'avons pas à y insister ici. Expliquons seulement par quel mécanisme ils se produisent :

Ainsi Léopold, Fiaupe, de Sinéty ont montré que les glandes de la muqueuse utérine sont, ainsi que les vaisseaux, entourés de gaines lymphatiques, que ces gaines communiquent avec un vaste réseau sous-péritonéal qui unit toute la surface externe de l'utérus.

Il y a donc communication des plus faciles entre le système lymphatique de la cavité utérine et le réseau sous-péritonéal.

L'infection peut se propager aussi par le tissu conjonctif et les lymphatiques de la vulve et du vagin au péritoine et aux trompes.

Le canal cervical ulcéré se montrant comme une large voie ouverte à tous les micro-organismes, on comprend qu'il peut se produire des périmétrites, des phlegmons des ligaments larges, des salpingites purulentes, comme dans les lésions uréthrales ou vésicales se produisent les uretérites, les pyélites, les pyélocystites, et toutes les lésions rénales bien étudiées par notre ami le Dr Hallé dans sa thèse inaugurale de 1887.

Ces lésions ont été purement ascendantes, et donnent la clef des phénomènes difficiles autrefois à expliquer. La continuité de la muqueuse utérine avec les trompes et le péritoine rend plus facile le transport des éléments septiques.

En somme, que l'endométrite vienne à la suite de vulvite, de vaginite, d'excès génésiques, de la puerpéralité, de la blennorrhagie, d'irritations sexuelles contre nature, d'introduction dans l'utérus par la masturbation d'agents phlogogènes, qu'il y ait en un mot hétéro-infection, le résultat de toutes ces causes est identique, et peut se résumer en quelques mots : catarrhe de la muqueuse chronique dû à l'infection de cette muqueuse par des agents microbiens de nature variable. De ce catarrhe résultent les symptômes suivants, sur lesquels nous n'aurons pas à insister : pesanteur périnéale, douleurs abdominales et rénales vives, troubles de la menstruation, métrorrhagies, coït douloureux, gêne de la marche, fatigue générale, stérilité, et surtout leucorrhée effrayant la malade et l'engageant à consulter le médecin.

Sur les cas étudiés par nous, huit fois la sécrétion du col était purement muqueuse, 35 fois purulente ; celle du corps était 10 fois sanglante, 50 fois purulente.

Ainsi donc d'une façon générale, la sécrétion de l'endométrite chronique est une sécrétion purulente.

Nous avons remarqué que lorsque les lésions étaient peu avancées, les micro-organismes étaient moins nombreux.

Les ulcérations peu étendues versent moins de bactéries et de microcoques à leur surface et par suite les sécrétions utérines en contiennent une moindre quantité.

Donc l'infection marche côte à côte avec le traumatisme ; elle s'insinue par toutes les issues qu'il lui a ouvertes. Qu'elle soit blen-

norrhagique, puerpérale, ou simplement catarrhale, elle s'installera d'autant plus facilement dans les organes génitaux, que ceux-ci sont plus exposés à présenter des solutions de continuité, des muqueuses en ectropion, ou des surfaces irritées et dénudées de leur épithélium.

On peut rencontrer dans l'utérus des germes sans qu'ils y aient été apportés soit par un examen, soit par une opération ; ils viennent alors d'une auto-infection (Dœderlein. *Loco citato*).

Quoi qu'il en soit, quelque variables que soient les différents facteurs d'irritation de l'utérus, il est incontestable que le manque de repos de cet organe, les conditions névro-vasculaires défectueuses, l'atonie de sa musculature, qui ne concourt pas à la détersion de la cavité et favorise la pénétration des germes phlogogènes, toutes ces causes réunies contribuent par leur action à la production des formes chroniques des lésions utérines.

Cette action est favorisée par les déviations utérines fréquentes, et par les sténoses mécaniques ou spasmaniques du col empêchant l'existence d'un drainage naturel persistant de l'organe.

La disposition tubulée des cæcums, la situation profonde des culs-de-sac glandulaires de la muqueuse utérine favorisent la chronicité des lésions dues à la ténacité des principes virulents à séjourner dans ces glandes.

Endométrites septiques par hétéro-infection ou auto-infection. — Microcoques. — Bactéries.

Nous avons pu isoler et cultiver les micro-organismes de la métrite et de l'endométrite, et montrer qu'ils sont pathogènes.

Morphologie et biologie des micro-organismes pathogènes des métrites et endométrites.

Nous avons trouvé le plus fréquemment : 1^o une bactérie d'une longueur variable, suivant les milieux de culture. Elle est rectiligne, uniforme dans toute son étendue.

Ses dimensions varient de 2 à 3 μ de longueur sur 1 μ à peu près, pour la largeur.

Elle présente une certaine mobilité. Cette mobilité décroît avec l'âge de la bactérie et disparaît même ; ses dimensions varient.

Ainsi dans les cultures sur agar, elles sont courtes, mais plus larges.

Sur les gélatines, elles sont plus allongées, plus grêles.

Le siège véritable de ces bactéries est dans l'utérus même. Aussi ne peut-on bien les trouver que sur des laminaires, des éponges préparées ou des tampons d'ouate retirés de l'utérus.

Nos recherches ont porté sur le pus placé sur ces différentes substances directement en rapport avec le fond de l'utérus.

2° Outre ces bactéries, il existe des cocci réunis deux à deux (diplocoques), ou formant de courtes chaînettes de 3 ou 4 éléments, quelques-uns sont aussi isolés.

Étude des cocci. — Morphologie. — Biologie.

Ces micro-organismes ont une forme ovoïde ou parfaitement arrondie, mais le plus souvent un des diamètres prédomine nettement sur l'autre, surtout dans les cultures.

Leurs dimensions varient de 1μ pour la longueur et de $1/4$ de μ pour l'épaisseur.

Ils forment les uns des chaînettes dont les grains sont essentiellement variables, deux, trois et quatre éléments, les autres, des plaques ou zooglées très étendues. Ils sont rarement isolés.

Quand on fait des préparations fraîches après grattage on peut les rencontrer alors à l'état libre.

Ils fixent les couleurs d'aniline préparées à l'eau, on peut les colorer en bleu, en rouge ou en violet.

La méthode de Gram (double coloration) permet de les voir plus nettement. Ils diffèrent donc essentiellement des gonocoques qui ne résistent pas à cette méthode.

Ils se développent dans le bouillon de veau stérilisé. Ils se développent sur la gélatine peptonisée et sur l'agar-agar sans liquéfaction.

Dans ces deux derniers milieux, ils forment une longue trainée blanche parsemée de grains jaunes en chapelets, en chaînettes. Pas de développement sur la pomme de terre.

Moyens de reproduction. — Les bactéries et les cocci nous ont paru se reproduire par scissiparité.

Comme les cocci, les bactéries se colorent facilement à l'aide des diverses matières colorantes d'aniline préparées à l'eau.

La méthode de Gram (double coloration) permet aussi de les voir plus nettement.

Culture. — Nous avons employé comme milieux de culture la gélatine peptonisée neutre, l'agar et la pomme de terre.

Le meilleur milieu nous a paru être la gélatine peptonisée neutre.

Les bactéries liquéfient ce dernier milieu.

Dans toutes ces préparations, celles que nous voulions garder ont été montées dans le baume de Canada ou la résine de Dammar.

Toutes ont été examinées avec l'objectif à immersion du laboratoire de bactériologie.

Telle est la description succincte des caractères morphologiques et biologiques de ces micro-organismes.

Nous devons nous y appesantir un peu plus.

Voici les différents aspects qu'ont revêtu ces cultures :

I. — Cultures de cocci.

1^o Gélatine peptone. — Une goutte de mucus utérin pris du bout de l'oëse dans la cavité utérine, ou sur la laminaire ou l'éponge que l'on retire de cette cavité et transportée dans un tube de gélatine peptonisée, par simple piqûre, fait voir, le lendemain de l'ensemencement, une légère trainée opaline le long de la piqûre.

Pour que la culture marche à souhait, il faut la placer dans une température qui ne soit pas au-dessous de 18 à 20 degrés.

Vers le 3^e ou le 4^e jour de l'ensemencement, apparaissent sur les bords de la piqûre de fines dentelures qui deviennent plus accusées vers le 5^e jour. A ce moment, si on regarde à la loupe la culture, on s'aperçoit que la partie inférieure de la raie présente un semis de points d'un blanc jaunâtre arrondis régulièrement, plus condensés sur certains points, et s'isolant sur d'autres.

Vers le 8^e jour, l'aspect de la culture est tout à fait caractéristique.

A la partie supérieure de la piqûre, existe une fine raie blanche. Au-dessous d'elle se présente une série de colonies formant deux lignes parallèles à la raie médiane et se terminant en bas par une seule ligne de fines colonies indépendantes. Ces colonies sont formées de

grains d'un blanc jaunâtre du diamètre d'une piqûre d'épingle empilés les uns sur les autres.

A mesure que la culture vieillit, elle conserve ses caractères.

Les cultures persistent pendant très longtemps. Nous en avons conservé pendant six mois dans des tubes de gélatine peptonisée et dont le produit ensemencé donnait de nouvelles cultures identiques aux précédentes.

En inoculant plusieurs tubes de gélatine, nous avons pu obtenir dans dix ensemencements la même forme de culture.

Quel que soit l'âge de la culture, la gélatine reste toujours solide, pourvu que l'on n'élève pas la température de l'enceinte où elle se trouve placée.

2° *Agar-agar*. — Des cultures ont été faites dans l'agar-agar nutritif par piqûre comme dans la gélatine.

Le lendemain de l'ensemencement des tubes, on voit apparaître une raie d'un blanc grisâtre sur toute l'étendue de la piqûre. Cette raie se décompose au bout du 5^e ou 6^e jour d'un fin semis de granulations d'un blanc jaunâtre comme dans la gélatine.

Pas de plateau à la surface de la piqûre

Le reste de l'agar-agar ne subit aucune modification. Si celui-ci a été bien préparé, il reste transparent dans toute son épaisseur.

3° *Cultures dans le bouillon*. — Dans le bouillon de Koch, le micro-organisme se développe avec rapidité.

A une température de 20 à 30° le bouillon est trouble le lendemain de l'ensemencement.

Les cultures y restent pures et peuvent reproduire la même forme en ensemençant de nouveau un tube de gélatine.

Le bouillon de neutre qu'il était devient alcalin.

4° *Cultures sur les pommes de terre*. — Le microbe ne cultive pas sur ce milieu ; les procédés employés par nous ont été les pommes de terre placées sous une cloche de verre, après leur stérilisation ; et celles dans les tubes de verre étranglés, et stérilisées aussi à la vapeur d'eau bouillante. Nos essais de culture sont toujours restés infructueux.

5° *Cultures sur utérus sain*. — L'organe est plongé dans une solution de sublimé à 1/100 pendant quelques secondes. Ensuite au moyen d'un couteau stérilisé on en fait des coupes que l'on place dans une cloche stérilisée et préparée au sublimé par le procédé de Koch.

Chaque surface de section estensemencée avec une aiguille de platine qui porte la culture. La température de l'étuve dans laquelle doit être laissée la cloche ne doit pas dépasser 38°.

On voit très rapidement les cultures prospérer ; mais elles ne restent pas longtemps pures.

II. — Plates cultures, ou cultures sur plaques.

1° *Gélatine peptonisée*. — Nous ne décrivons pas la façon dont se préparent ces plaques.

Ces plaques faites, on peut voir au bout de 3 ou 4 jours les colonies se développer.

D'abord vers la fin du 3^e jour, une série de points, visibles seulement au microscope, apparaissent à la superficie de la plaque et dans la profondeur de la gélatine. Elles sont translucides, d'une couleur blanc jaunâtre.

Vers le 4^e ou le 5^e jour, on peut les voir à l'œil nu sous forme de points isolés. Leur forme est arrondie.

Elles sont très nettement limitées vers la périphérie.

Au milieu de ces colonies existe une partie plus foncée. Cette partie est d'un gris sombre, alors que la partie périphérique plus claire tire sur le gris jaunâtre.

Les colonies s'accroissent très lentement.

Le volume de la colonie dépasse rarement celui d'une tête d'épingle.

Si l'on cueille une colonie avec un fil de platine, et qu'on la transporte dans un tube de gélatine, la forme caractéristique de la piqure réapparaît.

L'examen de ces colonies nous montre qu'elles sont constituées par des cocci placés les uns à côté des autres.

2° *Agar-agar*. — Sur les plaques d'agar-agar, les cultures se développent de la même façon : mais le développement est beaucoup plus lent que sur la gélatine peptonisée.

Étude des bactéries. — Morphologie. Biologie.

Les préparations colorées de ces micro-organismes provenant d'une culture sur gélatine ou agar, montrent qu'on est en présence d'un bâtonnet de 2 à 3 μ de longueur sur 1 μ environ pour la largeur. Ses extrémités sont arrondies. Ils sont placés pêle-mêle affectant toutes les directions possibles. Ils sont rectilignes, uniformes dans toute leur étendue. Ils nous ont paru dépourvus de capsule.

Lorsqu'on fait une préparation en lame creuse montée dans un liquide faiblement coloré au violet de gentiane, on peut voir nettement les mouvements dont les bactéries sont animées. Cette mobilité décroît avec l'âge de la bactérie et disparaît même.

Dans les premiers temps de l'ensemencement, ce micro-organisme conserve sa forme en bâtonnet à mesure que les cultures vieillissent, on trouve des bâtonnets plus petits, et d'autres ayant des formes ovoïdes. Ces derniers résistent à une température élevée, et pourraient être considérés comme des spores.

Développement du micro-organisme suivant le milieu de culture.

Sur les plates cultures et dans les tubes à la gélatine peptonisée on trouve toujours les formes en bâtonnet.

Dans l'agar-agar par piqûre et sur plaques, les micro-organismes sont courts, larges.

Dans le bouillon peptonisé, les bâtonnets sont plus allongés, plus grêles. Les cultures faites sur des coupes d'utérus reproduisent le même micro-organisme avec la même forme et la même facilité d'évolution.

Inoculations. — Pour savoir si ces différents micro-organismes n'étaient pas vulgaires, jouant un rôle secondaire dans la pathogénie des lésions utérines, nous avons eu recours à l'expérimentation :

Voici comment nous avons procédé :

Après nous être assuré que les micro-organismes cultivés dans les tubes et sur plaques conservaient leurs mouvements après examen sur lames creuses, nous avonsensemencé dans du bouillon de veau stérilisé (1^{er} tube) de la culture de cocci et dans un 2^e tube de la culture de bactéries. Nous avons ensuite placé à l'étuve à 37° ces deux tubes. Le lendemain, ces deux tubes sont troubles, dans l'un les cocci sont arrondis, d'un volume inférieur à ceux ensemencés

dans l'autre, les bactéries sont trapues, larges, quelques-unes disposées en croissant.

Nous servant alors d'un spéculum en verre stérilisé, nous injectons dans le vagin d'une lapine A de la culture de cocci au moyen d'un compte-gouttes stérilisé. Nous plaçons ensuite dans le vagin de cette lapine un tampon d'ouate hydrophile stérilisée maintenu par un fil.

Même manœuvre sur une lapine B pour l'injection de la culture de bactéries.

Ces animaux ont, le lendemain de l'inoculation, de la fièvre, quatre jours après ces injections, vaginite très accentuée. Ce liquide vaginal examiné contient des microcoques et des bactéries courtes, quelques-unes en forme de croissant.

Des tubes d'agar et de gélatineensemencés avec ce liquide donnent les mêmes micro-organismes.

Sur quatre autres lapines, mêmes résultats. Sur six chiennes, après inoculation intra-utérine (faite au moyen de la seringue à poire de caoutchouc), tantôt de culture de cocci, tantôt de cultures de bactéries, nous avons obtenu des résultats semblables : fièvre, vulvite, vaginite ; mais disparition de ces phénomènes au bout de dix jours.

Deux fois en scarifiant la muqueuse utérine, nous avons déterminé un peu de congestion de l'organe et un écoulement séro-sanguinolent pendant deux jours ; mais pas d'ulcération manifeste, pas de lésion persistante d'endométrite.

DOEDERLIN (*loco citato*) avait constaté que : Les espèces de micro-organismes contenues dans l'utérus, inoculées à des animaux, amènent la fièvre.

Dans les cas où il y a peu de micro-organismes et où les accidents cliniques sont très peu forts, les animaux n'éprouvent aucun accident.

(Ueber microorganismen in den weiblichen genitalien während der schwangerschaft und in puerperium par GOENNER, *Correspondenz Blatt f. schweizer aerzte*, n° 23, p. 729, 1^{er} décembre 1887.)

Goënnér a fait ses recherches sur 31 femmes près d'accoucher et sur les lochies des femmes en couches.

Avant l'accouchement, il a trouvé dans les sécrétions du col utérin beaucoup de bacilles et peu de microcoques. Mais ces derniers se multiplient par les cultures beaucoup plus que les premiers, sans d'ailleurs que le milieu nourricier et la température aient quelque

influence à cet égard. Les microcoques ne sont pas pathogènes pour les cobayes.

Il a pu isoler et cultiver deux espèces de bacilles.

Quant aux espèces de bactéries, elles sont très nombreuses.

Dans les sécrétions des femmes en couches, on reconnaît toujours des staphylocoques. Les streptocoques se rencontrent presque exclusivement dans l'endométrite septique ; bien que leurs cultures aient réussi 4 fois, les expériences d'inoculation sont restées infructueuses. Goënnér n'hésite pas cependant à les considérer comme l'agent causal de la fièvre puerpérale et il repousse l'idée d'Ahlfeld qui cherche l'origine des affections puerpérales dans la désinfection insuffisante des sécrétions des femmes en couches non malades.

M. le professeur Strauss et son préparateur, notre ami le Dr Sanchez Tolédo ont entrepris des recherches bactériologiques sur l'état de l'utérus après la parturition. (Voir *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 20 avril 1888, p. 252.)

Ces recherches ont été faites sur des femelles de lapin, de cobaye, de rat, de souris, sacrifiées à des intervalles de temps variables depuis le moment de la mise bas. Or, ils n'ont trouvé dans aucun cas de microbes dans l'intérieur de la cavité utérine ; par conséquent, les nombreux microbes qui existent dans le vagin ne pénètrent pas dans l'utérus, ou s'ils y pénètrent, sont détruits.

Dans une autre série d'expériences, MM. Strauss et Sanchez ont injecté dans l'utérus de femelles d'espèces variées, après la parturition, de grandes quantités de cultures pures, de microbes pathogènes ; ces animaux restèrent indemnes, alors que des animaux témoins, inoculés sous la peau avec les mêmes liquides, mouraient tous. Ces résultats sont des plus intéressants, alors que l'on connaît la grande vulnérabilité de l'utérus de la femme.

Il y a là un contraste qu'ils n'essayent pas d'expliquer, mais qu'ils se bornent à constater.

Nous avons trouvé dans les coupes utérines provenant du col utérin réséqué dans les cas d'endométrite septique ulcéreuse chronique avec hypertrophie du col et ectropion des lèvres, les mêmes microorganismes que ceux observés dans le mucus utérin et dans les cultures du mucus.

Les procédés de coloration dont nous avons le plus souvent usé et qui nous ont donné les meilleurs résultats ont été ceux de Veigert et de Kühne.

Nous avons remarqué que les cocci et les bactéries se trouvent le plus souvent dans l'intérieur même des cellules.

Ils remplissent parfois d'une façon complète le protoplasma de celles-ci.

Ils peuvent pénétrer, comme les gonocoques, dans les interstices de l'épithélium de la muqueuse utérine, et déterminer par irritation une accumulation de leucocytes dans lesquels ils se rendent. Par eux, ils peuvent être disséminés dans toutes les couches sous-jacentes à la muqueuse de l'utérus.

La pénétration des micro-organismes dans la muqueuse utérine et les couches sous-jacentes à la muqueuse explique la résistance des lésions utérines à tous les traitements palliatifs dirigés naguère contre celles-ci.

Les microbes amènent la nécrose des cellules épithéliales. Leur chute et le catarrhe purulent consécutif sont la conséquence de cette action.

O. Küstner (*Centrabl. f. Gyn.*, 8 mars 1884) dans tous les examens de mucus utérin auxquels il s'était livré, avait trouvé une grande quantité de micro-organismes, le plus souvent de forme ovale, quatre à six fois de forme indéterminée. L'auteur, de plus, croyait avoir constaté la forme de bacilles.

Nous voyons donc d'après cet exposé que ces micro-organismes que nous n'avons jamais trouvés dans les utérus sains, ont des caractères morphologiques et des qualités pathogènes qui nous permettent de leur reconnaître un caractère spécifique.

Quelle que soit leur forme, atténuée ou vivace, ils sont reproductibles, agissant en vertu de leur multiplication et de leur action sur les tissus.

Endométrites tuberculeuses. — Bacilles de Koch.

Les bacilles tuberculeux ont été constatés dans les sécrétions utérines.

Derville dans sa thèse, dit :

« Sans idée préconçue, par simple curiosité, nous avons coloré suivant la méthode d'Erlich quelques-unes des lamelles que nous destinions à la recherche des gonocoques. Quel ne fut pas notre

étonnement en constatant dans ces préparations la présence nette et indiscutable des bacilles tuberculeux ! »

Avant Derville, la présence de la tuberculose dans les sécrétions utérines avait été reconnue par M. le professeur Cornil, puis constatée par MM. Babès, Schuchardt et Krause (dans deux cas), Wesener (dans deux cas aussi), Koch, Caze et Simon.

Nocard, chez deux vaches tuberculeuses, avait pu retrouver le bacille de Koch dans les sécrétions utérines. Le diagnostic métrite tuberculeuse fut vérifié par l'autopsie. Le vagin dans les deux cas était intact.

Le nombre des bacilles de la tuberculose constatés dans le mucus utérin est, d'après Derville, généralement assez restreint. Cet auteur explique cette rareté des parasites plutôt par leur dilution dans les mucosités utérines ainsi que dans les produits d'inflammation qu'entraîne la réaction des tissus irrités par la présence des parasites, que par la nature du terrain peut-être peu favorable à leur multiplication rapide. Il est incontestable aussi que si les lésions utérines tuberculeuses sont peu avancées, les bacilles doivent être moins nombreux.

Quant à la disposition des bacilles examinés, elle était variable.

Quelques-uns paraissaient inclus dans des leucocytes, d'autres nageaient librement dans le liquide.

Les bacilles tuberculeux nous ont paru souvent en amas et un peu granuleux, comme on les trouve dans certains spécimens de crachats.

La gélose glycinée nous a paru être le meilleur milieu de culture pour la tuberculose utérine.

Dans les endométrites tuberculeuses, le procédé de double coloration de Gram, nous a réussi mais à la condition de laisser séjourner les coupes pendant 24 h. dans le bain colorant.

Le procédé d'Ehrlich très commode et très sûr avec les quelques légères modifications que Weigert et Koch y ont apportées, nous a donné de fort belles préparations.

D'après notre ami le Dr Villemin qui a étudié très complètement l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose, c'est l'acide hydrofluosilicique, l'ammoniaque, le fluosilicate de fer, le fluosilicate de potasse, le polysulfure de potassium et le silicate de soude qui arrêtent complètement l'éclosion de ces bacilles.

Nous avons expérimenté ces différents agents, et avons reconnu l'exactitude des résultats obtenus par notre distingué collègue.

Endométrites blennorrhagiques.

La blennorrhagie peut se cantonner dans les cuîs-de-sac glandulaires utérins comme elle se cantonne dans l'urèthre postérieur de l'homme, et produire ces écoulements glaireux, reconnus presque incurables autrefois, et contre lesquels on a épuisé tout l'arsenal thérapeutique.

Ces catarrhes virulents doivent être examinés sous le microscope.

On reconnaîtra la présence des gonocoques dans les sécrétions utérines, sans que pour cela il y ait vaginite concomitante.

Presque toujours en effet le microscope nous a montré : des globules de pus remplis de ces microbes, des cellules épithéliales libres, des micrococcus enfermés dans les cellules, et des micrococcus libres.

Au début, c'est dans les diverticules de la muqueuse du col utérin que se placent les gonocoques.

Ces micro-organismes produisent une violente irritation sur les cellules de la muqueuse où ils se développent très rapidement.

L'inflammation microbienne du revêtement muqueux s'étend de proche en proche du col au corps utérin.

La lésion muqueuse d'abord gagne en profondeur et peut se propager à tout l'appareil génital et à son voisinage.

Dans les endométrites blennorrhagiques, nous avons remarqué que la multiplication du gonocoque dépendait le plus souvent de la sécrétion de la muqueuse utérine.

L'augmentation notable de cette sécrétion, quelle qu'en soit la cause (fatigues, règles) amène tout de suite une prolifération plus abondante du microbe.

Gonococcus de Neisser. — Si nous passons maintenant à une description complète de ces micro-organismes, nous voyons que, comme dans l'urèthre de l'homme, les gonocoques de l'utérus sont des cocci, en partie libres, en partie contenus dans l'intérieur des globules dans lesquels ils produisent des vacuoles et qu'ils détruisent ensuite complètement.

Pour les obtenir isolés, sans présence d'autres micro-organismes provenant d'écoulements vaginaux, il faut prendre du mucus avec une pipette stérilisée dans la cavité cervicale de l'utérus, après une injection vaginale antiseptique. Le pus ensuite est séché sur une lamelle et flambé à la lampe. Les colonies de gonococcus se colorent facilement par les couleurs d'aniline en solution aqueuse faible.

Les préparations sont montées ensuite dans le baume au xylol, après leur avoir fait subir les manipulations habituelles (lavages et déshydratation).

L'acide osmique teint légèrement en brun les gonocoques. Ils sont moins apparents avec l'éosine. Ils se présentent sous l'aspect d'un petit point arrondi, réfringent. Le meilleur réactif colorant nous a paru être le liquide d'Ehrlich au violet de gentiane.

Les gonocoques sont très mobiles à l'état frais, examinés en lame creuse. Leurs mouvements vifs sont soit rotatoires, soit oscillatoires. Ils ont une forme arrondie, rarement ovalaire. Ils sont rarement isolés, et se trouvent presque toujours réunis deux à deux, formant un 8 de chiffre, ou en amas si étroitement accolés l'un à l'autre par une surface aplatie qu'ils paraissent n'en former qu'un seul.

Ils forment des colonnes de dix à vingt entourés d'une enveloppe unique, enveloppe hyaline qui apparaît d'une façon plus nette quand on diminue l'éclairage. C'est dans le liquide où ils sont libres, c'est à la surface et dans le protoplasma des globules de pus, et aussi à la surface et dans les cellules épithéliales desquamées de la muqueuse utérine que l'on trouve ces micrococcus.

Là où ils existent, les noyaux de ces éléments cellulaires sont en voie de destruction ou manquent déjà complètement :

Dans certains leucocytes, la diminution des noyaux correspond à l'accumulation des diplocoques.

Les gonococci les plus volumineux siègent à l'intérieur des cellules. Ceux qui sont plus petits sont en dehors d'elles formant des amas arrondis et libres.

Les dimensions de ces micro-organismes nous ont paru varier entre $0,2 \mu$ et $0,4 \mu$.

A mesure que le mucus utérin devient plus clair. On voit diminuer les gonocoques qui disparaissent tout à fait lorsque ce mucus est devenu entièrement limpide par suite d'un traitement approprié.

L'action des gonocoques paraît tout d'abord bien localisée au point

où la muqueuse a été contaminée, c'est-à-dire au col utérin. De là il se propage à la cavité utérine. Comme nous avons eu souvent l'occasion de le constater (et le fait mérite d'être retenu), ils peuvent se borner à déterminer de la métrite sans vaginite concomitante.

Dans ces cas, la contagion s'est faite, comme nous avons pu le constater souvent, à la suite de rapports sexuels contractés avec un homme atteint de suintement chronique.

Ces suintements chroniques renferment, comme l'avait bien vu le Dr Jullien (*Traité des maladies vénériennes*, 1885) et Crivelli (Th., 1886) et comme nous avons pu le constater très fréquemment aussi, après un examen minutieux, de nombreux gonocoques, moins nombreux cependant qu'à la période aiguë de la blennorrhagie.

Au moment du coït, le col utérin physiologiquement parlant, animé de contraction déterminant une sorte d'aspiration peut parfaitement attirer la goutte uréthrale (goutte militaire) et fournir un milieu de culture insuffisant pour déterminer de la vaginite, mais suffisant pour laisser pulluler dans la matrice les gonocoques.

La réciproque n'est que trop vraie : la femme atteinte de métrite blennorrhagique chronique du col peut parfaitement contaminer l'homme avec lequel elle a des rapports. L'examen microscopique du mucus utérin, dans ce cas particulier, est seul capable d'éclairer d'un jour nouveau la science, et de mettre fin à ces discussions interminables sur les uréthrites blennorrhagiques de l'homme contractées avec des femmes n'ayant en apparence rien, discussions sur lesquelles on était loin de s'entendre autrefois.

Recherchons maintenant la façon dont ces micro-organismes procèdent pour engendrer histologiquement et bactériologiquement parlant l'endométrite blennorrhagique.

A la suite d'un contact infectieux les gonocoques sont déposés sur la muqueuse du col utérin où ils se développent et prolifèrent. Ils s'étendent rapidement entre les cellules épithéliales, les détachent et en détruisent un certain nombre (nécrose cellulaire).

Ils produisent sur les vaisseaux sanguins une vive réaction suivie de l'issue des corpuscules blancs du sang et du sérum formant un milieu de culture dans lequel il se développent en grande abondance et se présentent sous l'aspect de petites masses arrondies et agglomérées.

Tous ces éléments se retrouvent dans la sécrétion purulente de

l'utérus qui contient alors du pus de l'épithélium et des gonococci.

Dans les espaces lymphatiques de la muqueuse, les gonococci s'accroissent d'une façon considérable.

La constitution de cette membrane s'altère graduellement; elle se charge de gonococci et l'épithélium est détruit sur une étendue de plus en plus considérable.

Les gonocoques pénètrent dans les culs-de-sac glandulaires de l'utérus, et s'y cantonnent. De superficielle, l'inflammation microbienne devient profonde au fur et à mesure que les vieilles cellules tombent en deliquium, et donnent naissance à d'autres jeunes éléments épithéliaux.

Il n'y a qu'à examiner la disposition tubulée des cæcums et la situation profonde des culs-de-sac glandulaires de la muqueuse utérine pour se rendre compte de la chronicité de la lésion due à la ténacité du principe virulent à séjourner dans ces glandes.

Comme pour toutes les autres lésions septiques de l'utérus, les irritations mécaniques du col et les congestions qui en dépendent, le manque de repos de l'utérus, la menstruation, les conditions névro-vasculaires défectueuses de l'organe, l'atonie de la musculature utérine qui ne concourt point à la détersion de la cavité, et favorise la pénétration des germes phlogogènes, toutes ces causes réunies contribuent par leur action à la production de la forme chronique de l'endométrite blennorrhagique.

Cette action est favorisée par les déviations utérines fréquentes et par la sténose mécanique ou spasmodique empêchant l'existence d'un drainage naturel persistant de l'organe.

Le Dr Vedeler (*Magasin norvégien des sciences médicales*, travaux de 1885, p. 226) a bien fait remarquer le rôle important que joue le virus gonorrhéique dans le développement des maladies de la matrice et de son enveloppe péritonéale.

Il semble, d'après l'auteur, que cet agent septique ne se développe bien que dans les membranes muqueuses, revêtues d'une seule couche de cellules épithéliales cylindriques; c'est pourquoi on ne le rencontre que dans l'urèthre, dans les glandes péri-uréthrales, dans le canal excréteur de la glande de Bartholin, et enfin dans la muqueuse intra-utérine.

Contrairement à l'opinion la plus répandue, l'auteur considère cette dernière comme étant le plus souvent affectée tout d'abord,

tandis que l'urèthre resterait ordinairement indemne, au moins primitivement.

La découverte du gonococcus dans la sécrétion utérine est par conséquent de la plus haute importance ; elle devra être toujours considérée comme suspecte dans le cours des maladies de l'utérus, hors l'état de grossesse.

Si dans les sécrétions utérines, on rencontre les gonococcus en très petit nombre, on peut affirmer qu'il s'agit là d'un simple cas de contagion ; on pourra même peut-être alors démontrer que le principe virulent provient d'une vieille blennorrhée et qu'il a été transmis par le coït.

L'inflammation gonorrhéique est d'une nature très tenace. Chez l'homme lui-même, où elle peut le plus souvent être guérie dans l'espace de six semaines, la blennorrhée conserve quelquefois ses propriétés virulentes pendant plus d'une année ; mais chez la femme, elle demeure infectante plus longtemps encore.

Cette ténacité du principe virulent est attribuée au développement de spores que l'auteur croit avoir observées, comme des points colorés parmi les gonococcus cultivés, mais morts. Il n'a pu réussir cependant à les mettre en évidence au moyen de la méthode dite de coloration double.

D'après cela, nous pouvons conclure que le gonococcus de Neisser se trouve toujours dans les produits de sécrétion d'origine blennorrhagique de la muqueuse utérine. Ces produits de sécrétion lui doivent leur spécificité. Sa présence est un élément de certitude dans le diagnostic des cas douteux.

Cultures. — La gélatine-peptone nous a paru un milieu favorable au développement des gonocoques utérins. Ces micro-organismes fluidifient la gélatine. Ils se développent moins bien lorsque celle-ci a été alcalinisée.

2° L'agar-agar additionné de peptone de viande à 2 0/0 donne un excellent terrain d'ensemencement.

Les limites de température entre lesquelles les cultures réussissent sont de 25 à 30 degrés. Exposée à 48 ou 50 degrés, une bonne culture perd la force de se développer, devient impuissante.

3° Dans le sérum de sang stérilisé et coagulé suivant la méthode de Koch et à une température de 37 à 39 degrés, on peut obtenir des cultures pures de gonocoques. Dans ces cultures, les cocci ne dimi-

nuent en rien de dimensions, et ils peuvent supporter la dessiccation pendant plusieurs semaines, sans que leur vitalité soit détruite.

Les gonocoques se développent dans un bouillon de culture en donnant au liquide une teinte laiteuse qui disparaît par le dépôt de corpuscules blanchâtres au fond du tube :

Dans le bouillon de veau stérilisé, une goutte de liquide prise dans un tube de gélatine peptonisée etensemencé avec du mucus utérin blennorrhagique se trouble en 12 à 24 heures et indique une multiplication de spores. Le tube témoin reste clair.

Le bouillon examiné à ce moment à un grossissement de 1000 diamètres contient des micrococcus très petits $0,5 \mu$ pour la plupart accolés deux à deux, mais formant quelquefois des chaînettes, des tétracoccus, des zooglées. Ces organismes sont animés d'un mouvement oscillatoire apparent.

Un 2^e ensemencement est fait dans du bouillon de veau stérilisé avec du liquide trouble du 1^{er} tube de bouillon. 48 heures après, état trouble du tube. Le tube témoin reste limpide. A l'examen microscopique on trouve surtout des diplococcus en très grand nombre, chaînettes de trois grains, zooglées.

On refait avec la 2^e culture exactement ce que l'on avait fait avec la première.

Examen et cultures. On voit une abondance plus grande de zooglées de 20 à 30 grains.

Les tubes de la 5^e et de la 6^e culture donnent au bout du même temps les mêmes résultats.

Inoculations. — Cette sixième culture est inoculée sans succès dans l'utérus d'une chienne.

Elle ne détermine le lendemain de l'inoculation que de la vulvite et de la vaginite durant cinq jours.

L'examen du liquide vaginal et les cultures dans du bouillon de veau stérilisé reproduisent les mêmes micro-organismes en quantité considérable : et forment comme une trame de cocci de dimensions identiques entre eux et prenant presque tout le champ du microscope.

Nous avons inoculé en procédant de la même façon trois autres chiennes avec des bouillons de culture provenant tous de malades différentes atteintes d'endométrite blennorrhagique.

Nous n'avons réussi qu'à déterminer comme pour la 1^{re} inocu-

lation de la vaginite et de la vulvite chez les chiennes. Ces affections sont restées insignifiantes comme symptômes et comme durée.

En scarifiant la muqueuse utérine de ces animaux avant l'inoculation, les résultats n'ont pas été plus brillants.

Donc la muqueuse utérine de la chienne est réfractaire à toute inoculation blennorrhagique.

Il semble que le gonocoque utérin perd de ses qualités virulentes par la culture ou par le transport, en un mot qu'il s'atténue.

Sur une lapine inoculée à l'hôpital Bichat le 5 octobre 1887 avec du mucus utérin cultivé provenant d'une endométrite blennorrhagique, nous remarquons le 10 octobre une vaginite très accentuée : gonflement, rougeur de la vulve, phlyctènes purulentes au pourtour de celle-ci, liquide muco-purulent s'écoulant en abondance. Ce liquide examiné présente des cocci en quantité et des cellules à gonocoques.

Le 12 octobre la lapine inoculée meurt, autopsie immédiate : vagin rouge, fortement vascularisé, liquide séro-purulent dans le vagin.

Nous constatons de plus, notre excellent collègue et ami le Dr Hallé étant présent, de la lymphangite utérine. Une traînée de fins globules de pus s'étend le long du ligament large du côté gauche. Rien à droite. Rien dans les autres organes. Un tube de pepto-gélatine ensemencé le 10 octobre avec le liquide utéro-vaginal de la lapine, donne une culture pure de gonococci.

Ainsi donc, une seule fois nous avons vu survenir la mort chez une lapine après une inoculation vaginale de gonocoques. Cette mort a été produite par lymphangite utérine.

Resterait à inoculer dans l'urèthre de l'homme le liquide trouble du bouillon ensemencé avec le mucus utérin blennorrhagique pour voir si la blennorrhagie uréthrale ne pourrait pas se produire après cette inoculation.

Resterait aussi à faire l'inoculation de ce liquide dans l'utérus sain d'une femme, pour suivre jour par jour chez elle le développement de la métrite blennorrhagique.

Nous n'avons pas eu de sujets masculins de bonne volonté inoculables à notre disposition.

Quant aux femmes, nous n'avons pas voulu tenter cette expérience à cause de la propagation possible des gonocoques du col de l'utérus aux trompes et aux ligaments larges.

Les agents thérapeutiques employés contre les gonocoques des métrites nous ont donné les résultats suivants :

Les solutions de nitrate d'argent à 1 pour cent. et d'acide borique à 60 pour 1000 ne sont d'aucun effet. Il en est de même de l'acétate de plomb, du sous-nitrate de bismuth, des sulfates de zinc, de cuivre et de fer. Dans une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 1000 les gonocoques perdent leurs mouvements oscillatoires et rotatoires.

Cette dernière solution empêche et arrête le développement des gonocoques. La sulfate et le nitrate de mercure à 1/15000 agissent de la même façon. L'iodoforme, la térébenthine, la créosote, l'acide phénique, le thymol, le naphthol, l'iodol, les acides benzoïque et salicylique rendent le sérum sanguin impropre à la culture. Le chlorure de sodium, le bromure et le chlorure de potassium, le chlorure de chaux, le nitrate, le chlorate et le permanganate de potasse ne peuvent détruire les gonocoques du mucus utérin.

Il n'en est pas de même du chlorure de zinc à 1/20 qui nous a paru avoir la même action germicide que les sels de mercure.

Quoi qu'il en soit, il est des cas où ce serait une illusion de croire, que tout organisme vivant ou toute spore germe a disparu des tissus après l'emploi de ces procédés, mais l'expérience prouve que ces organismes ont été tout au moins modifiés et mis hors d'état de nuire. Cela suffit.

L'infection gonorrhéique du tissu utérin peut dans ce tissu foment des lésions transformant celui-ci en un milieu favorable à la végétation d'autres variétés de microbes.

C'est ainsi que les lésions pneumoniques transforment les poumons en un terrain favorable à l'invasion et au développement des bacilles de la tuberculose.

Mais cette idée que nous émettons est purement hypothétique.

En réalité, il est impossible de dire, quant à présent, si la forme bactérienne de l'endométrite que nous avons décrite est primitive ou secondaire, si elle est un type ou un état accidentel, en d'autres termes, s'il existe des écoulements utérins provoqués primitivement, puis entretenus par la présence de bactéries, ou bien si la pénétration et la substitution de celles-ci se fait à une période ultérieure de la blennorrhagie ordinaire.

Nous constatons que ces différents types existent. C'est tout ce que nous pouvons faire.

Pour nous, après les recherches bactériologiques auxquelles nous nous sommes livrés, nous pouvons affirmer que toutes les endométrites sont septiques. Que les microbes soient blennorrhagiques, tuberculeux, pyogéniques, nous avons toujours trouvé avec eux les effets de leur apparition.

C'est la présence des micro-organismes qui conduit aux formes diffuses à granulations sessiles développées en groupes, érodées et ulcérées par le catarrhe chronique, ou bien répandues sur toute la muqueuse, semblables à celles de la conjonctivite granuleuse.

Ce sont eux qui conduisent à l'état morbide pulpeux de la couche muqueuse, qui forment les végétations polypeuses répandues sur la muqueuse hyperplasiée; eux enfin qui constituent toutes les variétés anatomiques des endométrites dans toutes leurs formes parenchymateuses et interstitielles, dans toutes leurs modifications plastiques sur lesquelles nous n'avons pas à insister.

De purement superficielle l'inflammation microbienne se propage aux couches profondes de la muqueuse et de là au muscle utérin.

C'est ce que nous avons pu constater sur des coupes de cols utérins enlevés par le Dr Terrier.

Cette présence des micro-organismes dans la partie musculaire de l'utérus donne raison aux auteurs qui avaient fait ressortir la solidarité de toutes les parties constituantes de l'organe dans l'inflammation de celui-ci. Ces auteurs sont DE SINÉTY (*Traité des maladies des femmes*), COURTY (p. 773), CHURCHILL (p. 300, trad. de LEBLOND, 1881), SIREDEY (p. 628 et 630, art. Métrite, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*).

Donc, les micro-organismes développés dans la muqueuse utérine amènent l'infiltration exsudative, la turgescence, l'inflammation chronique du reste de l'organe, etc.

L'inflammation microbienne peut être aussi profonde d'emblée. Elle se montre telle lorsqu'au moment des règles, de l'accouchement ou de l'avortement, la desquamation épithéliale, laissant béantes les cavités glandulaires, permet aux micro-organismes d'y pénétrer. Dans ces cas, au fur et à mesure que la muqueuse est refaite les micro-organismes superficiels au début sont tassés par les cellules épithéliales de celles-ci.

Le degré de virulence de l'élément pathogène joue un rôle considérable dans la marche de la lésion utérine.

Elle sera d'autant plus lente suivant la nature et le degré d'intensité de cet élément.

Les poussées aiguës de métrite entées sur une forme chronique s'expliquent par la fluxion périodique qui se produit chez les femmes.

À cette époque, le terrain a été favorable à l'évolution microbienne ; et l'élément pathogène qui sommeillait (microbisme latent) s'est réveillé au moment de la congestion menstruelle.

DEUXIÈME PARTIE

Nous appuyant sur ces notions et sur la pathogénie des lésions chroniques de l'utérus qui en découle, pathogénie microbienne au premier chef, à notre avis, nous devons faire ressortir quel doit être le traitement rationnel des affections utérines. Toutes les inflammations infectieuses réclament la destruction du foyer qui alimente d'éléments pathogènes les milieux environnants.

Ce traitement doit donc porter sur toute la cavité de l'utérus. S'il y a eu des insuccès c'est que l'on s'est autrefois attaqué seulement aux lésions visibles du col et du canal cervical ; on a cru que cette intervention seule suffisait ; on ne pensait pas qu'au-dessous du canal cervical existait encore toute la cavité utérine, foyer septique auquel on n'osait pas toucher ; et qui entretenait pendant un temps illimité du catarrhe purulent, des métorrhagies, des douleurs vives, et offrait un champ, un milieu de culture tout à fait prêt à la réinoculation, à la récurrence.

C'est cette nature éminemment septique de l'affection qui nous oblige à prendre des précautions avant d'agir sur l'utérus. Nous devons désinfecter autant que possible le milieu sur lequel nous devons porter soit les tentes dilatatrices ; soit la curette ; et rendre aseptique l'atmosphère qui l'entoure.

Nous imiterons en cela la conduite du chirurgien soigneux qui avant de porter le bistouri sur une tumeur, la recouvre, plusieurs jours avant toute intervention, de compresses trempées dans une solution au bichlorure de mercure afin d'antiseptiser à l'avance son champ opératoire.

Nous basant sur ce principe, nous devons lorsque nous pratiquons la première fois le toucher sur une femme, non seulement éviter tout traumatisme ; mais encore nous être assurés de la parfaite asepsie de nos doigts, de nos ongles, du vagin, de la cavité utérine ; et des instruments que nous voudrions porter dans l'utérus.

1° *Désinfection des mains.* — « Si la propreté absolue, ou, pour mieux dire, la pureté exacte des mains est indispensable dans toute opération, elle ne l'est jamais plus peut-être que dans les cas où l'on doit manœuvrer dans l'intérieur des cavités vaginale et utérine.

Là, en effet, tout germe déposé trouve un milieu de culture essentiellement favorable à sa pullulation, et l'infection se développe rapidement » (S. Pozzi. *Progrès médic.*, 1888, p. 4).

La muqueuse utérine est en effet si délicate et si vulnérable qu'il est presque impossible de pratiquer une manœuvre quelconque sans détacher son épithélium de revêtement.

Or toute solution de continuité dans une muqueuse est une porte ouverte à l'infection.

Si un virus préexistant ou apporté pendant une manœuvre se greffe sur la muqueuse utérine lésée, il se développera d'autant plus rapidement qu'il se trouvera dans un milieu configuré de telle sorte que la rétention des produits septiques y est presque fatale.

Une fois le virus greffé, il se propagera soit par les trompes sur le péritoine, soit par les lymphatiques dans le tissu cellulaire pelvien.

L'aspiration exercée par les mouvements respiratoires, la proximité des gaz intestinaux, la disposition particulière des veines utérines à la thrombose sont autant de circonstances qui favorisent la migration du virus et sa diffusion dans le reste de l'économie, c'est à dire l'infection générale.

Comme l'a bien indiqué Mugnai (de Rome) au congrès de chirurgie de Naples, 26 mars 1888 :

« Il faut laver les mains et les avant-bras pendant deux ou trois minutes avec la brosse, l'eau tiède et le savon au sublimé, bien nettoyer les ongles; puis les plonger pendant deux minutes dans une solution phéniquée à 2 pour 100. Après ce lavage les tremper dans une solution de sublimé à 1 pour 1000. Pendant tout le temps qui précède l'opération laisser les mains constamment baignées dans la solution désinfectante. » De cette façon, l'opérateur sera mis en garde contre les risques qu'il pourrait courir d'être un agent de transport de germes.

Le toucher, l'examen au spéculum et à l'hystéromètre seront précédés d'une injection antiseptique. Si on ne possède pas un autoclave on aura le soin de flamber chaque fois les instruments dont on fera usage.

Les doigts et les instruments seront après lavages et immersion continuelle dans la solution antiseptique, soigneusement enduits de vaseline au bichlorure.

Vaseline..... 30 gr.
Bichlorure de mercure..... 1 centigr.

2^o *Antisepsie vaginale.* — Plusieurs jours avant toute intervention sur l'utérus (cinq jours en moyenne, huit jours au maximum), le vagin doit être soigneusement désinfecté. C'est le premier acte du traitement chirurgical de l'endométrite.

Il faut faire la toilette du vagin, celle des culs-de-sac. De cette façon les instruments divers, spéculums, pinces, hystéromètres, tentes dilatatrices, etc. pourront sans danger traverser la cavité vaginale, sans risque de se charger de germes infectieux qu'ils iraient semer dans la matrice.

L'antisepsie assure l'innocuité des manœuvres.

Cette asepsie du vagin s'obtient d'abord au moyen de bains pris dès l'entrée de la malade à l'hôpital.

Dans le bain, la malade s'introduit elle-même dans le vagin un spéculum spécial en verre percé de trous qui permet de faire un lavage complet de toute la cavité.

Puis, au moyen d'injections faites trois fois par jour avec la solution de sublimé à 1 pour 1000 coupée avec moitié de son volume d'eau filtrée.

Ces injections doivent être faites chaudes à la température de 40 degrés.

La température élevée du liquide employé est importante. Les liquides à cette température font un nettoyage plus parfait, entraînent mieux toutes les sécrétions adhérentes soit au col, soit aux culs-de-sac du vagin.

On pourrait aussi se servir d'acide phénique pour faire ces injections.

Mais le sublimé nous paraît préférable. Il est reconnu aujourd'hui que c'est le plus puissant agent de désinfection. On n'aura jamais d'intoxication par le sublimé en employant la solution à un demi-millième.

Cette solution doit être formulée ainsi :

Eau.....	2000 gr.
Bichlorure de mercure.....	1
Alcool.....	10
Acide tartrique.....	5

L'acide tartrique conserve au sublimé toute sa vertu germicide en empêchant la formation des albuminates insolubles.

Le biiodure de mercure a un pouvoir antiseptique plus intense que le bichlorure. Il résulte d'expériences que 25 milligr. de biiodure maintiennent stérilisé 1 litre de bouillon de culture, tandis qu'il faut 75 milligr. de bichlorure de mercure pour arriver au même résultat.

Cette antiseptie vaginale doit être rigoureusement exécutée.

Ces injections vaginales sont faites au moyen d'un récipient de verre auquel on adapte un tube de longueur moyenne, munie d'une canule en verre à robinet.

Un tampon d'ouate iodoformée ou d'ouate saupoudrée de poudre d'iodoforme et de café à parties égales est placé ensuite en permanence à la vulve préalablement lavée au savon, à l'eau chaude et au sublimé.

2° *Désinfection de la cavité utérine.* Le vagin désinfecté, il est utile de procéder à la désinfection de la cavité utérine.

Dans ce but on a inventé de nombreuses sondes à double ou à triple courant destinées à faire un lavage complet de la cavité.

Nous croyons que la stérilisation de la cavité utérine peut être tout aussi bien obtenue au moyen de crayons médicamenteux à l'iodoforme, au sublimé ou au salol. Il faut, à notre avis, se montrer sobre de grands lavages de la cavité utérine.

M. le Dr Terrier se sert de crayons iodoformés comme pansement de la cavité utérine, ou de crayons au bichlorure de mercure.

Les crayons iodoformés ont pour formule :

Pour dix crayons :

Poudre d'iodoforme.....	10 gr.
Gomme adragante.....	50 centigr.
Glycérine.....	} q. s.
Eau distillée.....	

ou bien

Iodoforme en poudre	20 gr.
Gomme arabique.....	} à 2 gr.
Glycérine pure.....	
Amidon pur.....	

Le volume variable est ordinairement celui d'un crayon au nitrate d'argent.

Les crayons au bichlorure se formulent ainsi :

Sublimé	0,50 centigr.
Poudre de talc.....	25 gr.
Gomme adragante	1 gr. 50
Eau	} à q. s.
Glycérine.....	

Pour cinquante crayons.

L'eau et la glycérine (2/3 d'eau pour 1/3 de glycérine) sont ajoutées par gouttes jusqu'à consistance voulue.

Les crayons doivent être coupés de la grosseur d'une pilule de 20 centigr.

Ces crayons au bichlorure de mercure ont été utilisés aussi par M. le Dr Terrier dans les cas d'endométrites blennorrhagiques. Des malades soigneusement pansées ainsi deux à trois fois par semaine, ont vu disparaître à bref délai tout écoulement; et nous-même avons recherché vainement à la fin de leur affection les gonocoques visibles au début, et cultivant merveilleusement dans les bouillons ordinaires.

Dans les cas où cette thérapeutique échouerait, cela tiendrait à la nature du terrain sur lequel est ensemencé le gonococcus, et aussi au manque de précautions de la malade, négligeant de se faire visiter aux jours indiqués et ne prenant pas les injections antiseptiques ordonnées.

Elles risqueraient ainsi d'introduire dans leur utérus des bacilles variés qui à leur tour pourraient jouer un rôle pathogénique, de sorte qu'après avoir fait disparaître par le bichlorure le gonococcus, on pourrait voir survenir une endométrite bactérienne, qu'il faudrait ensuite combattre.

Dans quelques cas nous nous sommes trouvés fort bien de crayons

au salol, et d'autres faits avec de la résorcine. Leur formule est la même que ceux à l'iodoforme.

Ces crayons sont introduits dans la cavité utérine, après avoir soigneusement abstergé avec de l'ouate imbibée de sublimé à 1/1000 le col le fond et les parois du vagin.

Puis la cavité vaginale est remplie de tampons trempés préalablement dans une solution éthérée d'iodoforme à 1/10.

Un tampon plat d'ouate iodoformée est placé entre les lèvres, puis recouvert d'une feuille d'ouate aseptique, maintenue en place elle-même par un bandage en T.

En ville, il arrive que l'iodoforme soit mal supporté des malades à cause de son odeur. On a essayé différents procédés pour le désodoriser.

Il suffit d'y ajouter soit quelques gouttes d'essence de néroli, ou un morceau de fève de Tonka, soit à le mêler au sulfate de quinine. Pour rendre les tentes aseptiques nous avons substitué le sublimé et l'éther salolisé à l'iodoforme,

Ainsi, nous avons l'habitude de conserver nos tiges de laminaire ou nos épouges dans une solution éthérée de bichlorure de mercure, 1 pour cent.

Ensuite, au lieu de nous servir d'ouate iodoformée, nous employons des tampons d'ouate salolisée. Ces tampons faits d'ouate hydrophile stérilisée à l'étuve sont trempés d'abord dans une solution concentrée de poudre de salol dissoute dans l'éther, puis gardés dans un bocal en verre, stérilisé aussi à l'étuve au préalable et contenant de la poudre de salol sur toutes ses parois.

Traitement des endométrites.

Cette antiseptie vaginale et utérine préparatoire faite, nous devons passer au traitement de l'endométrite.

Souvent, dans les cas légers, les pansements de la cavité utérine faits avec des crayons au bichlorure de mercure ou au salol suffiront mais dans d'autres cas, il faut faire l'exploration directe de la cavité de la matrice. Pour cela, il faut artificiellement dilater l'utérus.

On a dit que cette *dilatation* était d'invention récente. Cette opinion est erronée.

Dilatation utérine. — En effet, nous savons qu'Hippocrate (HIPPOCRATE. *Œuvres complètes*, trad. Littré), dans les cas de déviation utérine entraînant la stérilité, introduisait dans le col, pour en dilater l'orifice, des bâtonnets de pin, lissés et bien arrondis, préalablement trempés dans l'huile.

Après lui, durant une longue série de siècles, les annales de la médecine sont muettes au sujet de ce procédé. Comme nous le dit M. Veper (1), « Quelques tentatives de cathétérisme restées sans écho sont faites dans le 18^e siècle par Widman, Leduc, Chambon et surtout Levret.

Au commencement de ce siècle, Samuel Lair poursuit le même but ; mais il était réservé à Huguier et Valleix, à Simpson et à Kiwish de créer l'hystérométrie et d'en tracer les règles précises. De cette époque datent les premiers essais de dilatation. On essaya, à l'aide d'instruments métalliques, d'écarter les parois du col, comme moyen complémentaire de l'hystérométrie ; Simpson demande le même effet à l'éponge préparée.

Plus tard Slean introduit dans la pratique l'usage de la laminaire.

Jusque-là, la dilatation avait principalement pour but de combattre la dysménorrhée.

Dans ces vingt dernières années, son emploi s'est généralisé, les méthodes ont été perfectionnées et elle est devenue entre les mains des gynécologues un élément de diagnostic et un moyen de traitement.

Nous voyons donc que cette dilatation utérine n'est point un procédé nouveau. Mais c'est l'emploi qu'on en fait aujourd'hui dans la cure de l'endométrite qui l'élève au rang d'une méthode thérapeutique vraiment neuve.

Depuis l'avènement de l'antisepsie, on s'est préoccupé d'imprégner d'un agent médicamenteux antiseptique les corps que l'on introduisait dans l'utérus et de rendre peu dangereuses les manœuvres sur cet organe.

Nous ne parlons que pour mémoire des divers procédés de dilatation utérine pratiqués au moyen d'instruments.

1^o *Instruments métalliques mousses.* — Endoscope de Desormeaux, spéculum intra-utérin de Jobert.

Dilatateur à 2 valves de Lemenant Deschenais.

(1) P. R. VEPER. Th. de 1887, *Sur la dilat. artif. de l'utérus en gynécologie*.

Dilatateur à 3 tiges de Busch, de Berlin.

Dilatateur de Scanzoni, d'Huguier, de Pajot, de Sims, d'Ellinger, de Vanderveers, de Ball, de Greenhalgh, etc.,

2° *Bougies ou sondes graduées.* — Bougies métalliques flexibles de Mackintosh (Practic of physician, London, 1836).

Tiges à cône d'ivoire d'Aussandon.

Sondes en caoutchouc durci de Hancks, de Lawson Tait, d'Hégar, de Mathieu.

3° *Sacs et vessies.* — Sachet de Barnes.

Sacs dilateurs de Chassagny, de Simpson, de Tarnier, etc.

Ces différents instruments sont d'une application généralement douloureuse ; ils ont de la peine à agir contre la résistance des fibres musculaires utérines ; ils ne produisent qu'une dilatation temporaire.

4° Les méthodes sanglantes (division complète des parois utérines faites de dedans en dehors au moyen du bistouri ou des métrotomes à lame cachée de Sims, de Greenhalgh, de Mathieu, de White, d'Aveling) ; ou bien encore (section bilatérale du col de Schröder), ne sont pas à proprement parler des méthodes de choix. Elles obligent les femmes, comme les autres procédés dont nous venons de parler, à une anesthésie prolongée ; et si l'antisepsie n'a pas été des plus rigoureuses, les exposent à tous les dangers du traumatisme : lymphangites, périmétrites, etc.

Nous donnons donc la préférence aux tentes dilatatrices.

5° *Tentes dilatatrices aseptiques.* — C'est le vieux procédé de dilatation des orifices et des trajets fistuleux appliqué anciennement déjà à l'utérus, comme nous l'avons dit, mais soumis aujourd'hui aux règles de l'antisepsie.

Les agents dilatants employés, sont les racines de gentiane et de guimauve.

Nous avons utilisé dans quelques cas le bois de réglisse, ainsi que le tupelo (*Nyssa aquatica*). Mais le Dr Terrier emploie plus fréquemment la laminaire et l'éponge préparée.

Tous ces corps prennent par la dessiccation et la compression (éponge à la ficelle) un très petit volume. Ils se dilatent au contraire au contact des sécrétions utérines. Mais les liquides où l'on faisait séjourner ces tentes dilatatrices se transformaient rapidement en une solution de germes septiques.

Pour les employer, sans crainte de produire des accidents d'infection, il fallait trouver un procédé pour les rendre suffisamment aseptiques, sans les empêcher de se dilater.

Il fallait de plus trouver un topique antiseptique dont l'action modificatrice sur la surface malade viendrait s'ajouter à celle de la dilatation.

C'est à l'éther iodoformé que Heff, de Darmstadt (1885) en Allemagne donna la préférence. En France, MM. Porak et Doléris imitèrent ce procédé qui, entre les mains des chirurgiens, donne aujourd'hui les meilleurs résultats. L'éther a la propriété de pénétrer ces diverses tentes dilatatrices sans les altérer, sans les faire augmenter de volume, et l'iodoforme se dissolvant en toutes proportions dans l'éther ajoute une action bienfaisante sur les points malades avec lesquels il se trouve en contact.

L'odeur d'iodoforme étant difficilement supportée par les malades nous avons substitué, comme nous l'avons dit, le salol et le sublimé à l'iodoforme.

Nous conservons donc nos tentes dilatatrices dans une solution concentrée d'éther et de salol, ou dans une solution éthérée de sublimé à 1 pour cent. Martin (de Vienne) les immerge dans une solution concentrée d'alcool phéniqué.

Les éponges à la ficelle que l'on trouve dans le commerce ou celles toutes préparées que vendent les marchands d'objets de chirurgie et les pharmaciens sont généralement septiques ; et non suffisamment stérilisées par leur simple immersion dans l'éther iodoformé ou salolisé ou l'éther au bichlorure de mercure.

Nous conseillons donc de préparer soi-même ou de faire préparer les éponges dont on veut se servir. A l'hôpital Bichat, dans le service de M. le Dr Terrier, les éponges sont choisies neuves et très fines. On leur fait subir la préparation suivante ; préparation que nous recommandons tout spécialement. On les pile soigneusement, afin de broyer tous les cristaux calcaires qu'elles peuvent contenir. On les plonge pendant une heure ou deux dans de l'acide chlorhydrique dilué.

Acide chlorhydrique pur.....	20 gr.
Eau.....	1000 gr.

Puis on les lave à grande eau jusqu'à ce qu'elles ne soient plus acides.

On les laisse ensuite vingt minutes dans une solution à 10 pour 100 de permanganate de potasse.

On les blanchit enfin en les plongeant dans une solution contenant :

Acide chlorhydrique.....	20 gr.
Bisulfite de soude.....	60 gr.
Eau.....	5 litres.

Ces éponges sont ensuite placées dans l'eau bouillante, puis dans une solution de sublimé à 1 pour 5000.

Cette désinfection complète accomplie, on les traverse d'une tige de verre flambée, comme axe fixe, puis on les comprime énergiquement en enroulant dans toute leur longueur une ficelle aseptique dont les tours concentriques ne doivent laisser aucun espace libre entre eux. Dès qu'elles sont sèches, on les taille en forme de cônes ; on polit leur surface ; et on fait passer à travers leur base un fil de soie phéniqué suffisamment solide qui servira à leur extraction.

Ceci fait, les éponges sont conservées dans la solution éthérée d'iodoforme, de salol ou de sublimé.

Dès qu'on veut se servir des tentes dilatatrices, on les retire de la solution ; et on les laisse un instant sécher à l'air.

Dès que l'éther s'est évaporé, après avoir fait prendre à la malade la position soit génu-pectorale (ou de Bozeman), soit celle ordinaire du spéculum (dorso-sacrée), on essaie de faire pénétrer la tente dilatatrice dans la cavité utérine. Mais là, on se trouve souvent arrêté ; la tente est soit trop petite, soit trop volumineuse, ou trop longue ou trop courte. Il est donc nécessaire d'abord d'avoir à sa disposition un jeu varié de tentes dilatatrices ; et ensuite de s'être rendu compte au moyen de l'hystéromètre des dimensions de la cavité utérine. L'hystéromètre Caulet, très élastique, très flexible, le meilleur de tous, donne d'utiles indications sur la nature et le volume de la tente à employer.

Ceci fait, la laminaire ou l'éponge préparée sont saisies avec une pince à longues branches introduites dans la cavité interne. Un peu de vaseline au bichlorure de mercure ou de vaseline iodoformée facilite l'introduction.

S'il existe une déviation utérine, il est bon de donner aux tiges à

introduire la courbure qui leur correspondra. Si la pénétration de la tente est difficile il faut saisir le col avec une pince à petites griffes. Cette pince fixatrice placée sur une des lèvres du col produit une douleur insignifiante.

La tente introduite doit être poussée jusqu'au fond de la cavité utérine. Si elle a une tendance à ressortir, il faudra la caler au moyen de petits tampons d'ouate hydrophile.

Des tampons iodoformés ou salolisés sont placés dans le vagin. Un tampon plat d'ouate aseptique est mis à la vulve. La malade doit garder le repos complet.

Il faut pour que la dilatation utérine soit complète que l'on puisse introduire dans l'utérus un spéculum afin de se rendre compte de l'état des parois. Nous en avons fait construire un en verre à longues branches qui nous a rendu bien souvent service. La dilatation par l'éponge est réalisée au bout de 8 à 10 heures, après 15 à 24 heures pour la laminaire. Avec le tupelo et les racines de guimauve, de réglisse ou de gentiane la dilatation s'effectue plus lentement.

On ne doit pas laisser plus de 48 heures les tentes dilatatrices. On les remplace par d'autres plus volumineuses au bout de ce temps.

La tente retirée de l'utérus a doublé ou triplé de volume suivant sa bonne qualité.

Si l'opération a été conduite bien antiseptiquement, la malade n'aura pas eu un instant de fièvre, aucunes douleurs, et la tente retirée n'aura pris aucune mauvaise odeur.

Les seuls inconvénients dont se plaindraient les malades seront un peu de gêne et de pesanteur ; et l'écoulement d'un liquide rosé mélangé de mucus pendant toute la durée de la dilatation.

L'arrivée même des règles au moment où les malades sont en pleine dilatation ne produit aucun accident.

L'écoulement continue à être aqueux, un peu plus abondant, et aussi rose que les jours précédents.

L'éponge préparée a un pouvoir dilatatant supérieur à toutes les autres tentes. Elle doit être immédiatement substituée aux autres dès qu'on aura jugé qu'elles ont produit tout l'effet qu'on pouvait en attendre.

Dilatation par les tampons. — M. le Dr Vulliet, de Genève, est venu à Paris expliquer son procédé de dilatation utérine par les tampons d'ouate iodoformée.

Nous l'avons vu exposer sa méthode dans le service du Dr Labbé, en avril 1886 ; et dilater les utérus de deux malades au moyen des tampons d'ouate iodoformée.

Employé par lui en 1883, ce procédé a été communiqué à l'Académie de médecine et a fait l'objet d'un rapport étendu de M. Charpentier le 12 octobre 1886.

Cette méthode que nous avons eu l'occasion de mettre en pratique bien souvent ; grâce aux bons conseils de M. le Dr Vulliet qui s'était très obligeamment mis à notre disposition nous a donné dans les cas d'endométrite simple les plus brillants résultats. Elle consiste à introduire dans la cavité utérine des tampons d'ouate iodoformée munis d'un fil, et séchés dans un flacon bien bouché après immersion dans une solution d'éther iodoformé à 1/10.

La dilatation utérine s'effectuant progressivement, on peut chaque jour augmenter le nombre des tampons ; et les mettre de plus en plus volumineux. M. Vulliet a pu présenter aux sociétés médicales des photographies du fond de la cavité utérine ainsi dilatée et aussi des moulages en plâtre et en caoutchouc.

Cette méthode par obturations successives produit une dilatation très bonne, très suffisante ; mais plus lente qu'avec les tentes aseptiques. Comme les tentes, elles servent de pansement de la cavité utérine.

Ceci dit, si nous examinons quels sont les avantages retirés de la dilatation utérine, nous voyons que :

Elle sert de diagnostic de grande valeur permettant l'exploration de la cavité utérine, soit avec l'hystéromètre, soit avec le doigt.

Elle donne la solution du problème de l'endoscopie utérine en permettant d'inspecter la cavité et le fond de la matrice avec un spéculum intra-utérin.

Elle agit mieux que les caustiques qui à peine introduits dans la cavité utérine, coagulent le sang et le mucus et ne sont d'aucun effet sur la muqueuse.

Elle peut suffire à la cure complète des endométrites chroniques simples par son action topique, catalytique et antiseptique. Elle permet de parvenir directement sur la muqueuse utérine que l'on peut panser, à ciel ouvert, comme une plaie de la peau, lorsqu'elle a été distendue suffisamment, et que ses plis, réceptacles habituels des éléments phlogogènes, ont été largement étalés.

Dans les cas de métrite hémorrhagique, de polypes utérins, elle

décongestionne la muqueuse, elle arrête les hémorrhagies, en agissant comme un véritable tamponnement intra-utérin par compression excentrique sur les vaisseaux variqueux ou rompus. Elle a donc par l'ischémie qu'elle détermine dans ceux-ci un rôle hémostatique indéniable.

Elle modifie les lésions de la muqueuse utérine dans l'endométrite chronique simple, dans les hyperplasies du corps et du col utérin.

Elle amène la régression des infarctus chroniques. Elle comprime les saillies villeuses, papilliformes de la muqueuse utérine, les atrophie. Elle sert de porte-topique permanent antiseptique de toute la cavité utérine.

Elle constitue un drainage excellent dans les affections virulentes de la cavité utérine, dans les pelvi-péritonites, dans les inflammations péri-utérines avec supuration. Elle permet dans les cas d'atrésie du col de donner issue soit au sang au moment des règles, soit aux sécrétions glandulaires de la muqueuse ; et de faire disparaître les violentes douleurs abdominales qu'accusent dans ces cas les malades. Elle agit contre la dysménorrhée. Elle convient donc dans toutes les sténoses, que celles-ci soient congénitales, spasmodiques ou mécaniques.

Dans les antéflexions légères, elle peut redresser l'utérus.

Outre les pansements intra-utérins qu'elle permet de faire, et l'arrêt des métrorrhagies, par la stérilisation du terrain qu'elle produit, elle précède les autres modes d'intervention intra-utérine, lavages, cautérisations et grattage ; car elle seule ne suffirait pas pour venir à bout des lésions invétérées de l'endométrite, dans ses types plastiques, fongueux, bourgeonnants lorsque non seulement la muqueuse a été envahie par les micro-organismes, mais encore le muscle utérin lui-même. Elle permet de surveiller les suites opératoires. Enfin dans les cas de stérilité, elle peut revendiquer bien des succès. La seule contre-indication est l'inflammation aiguë du péritoine pelvien des trompes, et des ligaments larges. S'il n'existe aucune périmérite si l'asepsie dans la dilatation est parfaite, on n'aura à redouter aucune complication inflammatoire. Quant à l'apparition des règles, nous avons vu bien souvent qu'elle n'était pas une contre-indication à la dilatation utérine.

Curettage de la cavité utérine. — Le curettage de l'utérus est d'origine française. C'est Récamier qui, en 1846, proposa et appliqua le

premier le grattage de la cavité utérine dans l'endométrite chronique. Tout d'abord rejeté et abandonné dès son origine, il a de nouveau été repris avec enthousiasme : et s'il a trouvé, s'il trouve même encore des adversaires acharnés, il compte aussi de nombreux partisans. Il a donc subi le sort des plus belles opérations chirurgicales. Le curettage utérin a eu comme partisans en France Robert, Marjolin, Nonat, Trousseau, Demarquay.

A l'étranger, repris par Simon (de Heidelberg) en 1877, par Hegar, par Kaltenbach, par Braun, Schroeder, Martin, Olshausen, Fritsch, Thomas, Southwick, Macan, Engelman, Alloway, Edis, Walton, Vulliet et par tous les partisans de la thérapeutique intra-utérine, l'ancien procédé de Récamier a bénéficié des applications antiseptiques et est devenu une méthode de choix dans le traitement des lésions septiques chroniques de l'utérus. Nous ne voulons pas faire l'histoire du curettage utérin. Nous renvoyons à la thèse de M. Boureau faite sous l'inspiration du Dr Doléris. L'auteur a traité à fond cette question; inutile de nous exposer à des redites.

Le curettage ou raclage utérin convient toutes les fois qu'il existe des végétations polypeuses, qui occasionnent des hémorrhagies ou entretiennent des écoulements. Il est indiqué dans l'endométrite fongueuse, polypeuse, hyperplastique, dans les hypertrophies utérines, dans les métrites ulcéreuses, dans toutes les endométrites purulentes, dans le catarrhe chronique du col ou du corps, dans les endométrites puerpérales occasionnées par la rétention de débris de membranes ou de placenta, dans la rétention totale ou partielle du placenta.

Toutes les précautions antiseptiques doivent être prises plusieurs jours avant l'opération, lavages vaginaux, pansements au vagin et à la vulve, etc.

(*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, tome XXVIII, octobre 1887.

Société obstétricale de Glasgow, p. 310 et 311. PARK. *Thérapeutique intra-utérine*.)

« Parmi les affections utérines ; c'est surtout aux divers catarrhes de la matrice que le praticien a affaire. Or dans la pluralité des cas, les différents processus phlegmasiques dont ils sont une des manifestations, ont débuté et évoluent sur place. Mais quand ils sont négligés, ils peuvent entraîner les mêmes complications (hyperplasies, congestions pelviennes) que celles qui caractérisent surtout

certaines états diathésiques. Ces processus locaux exigent avant tout un traitement local : injections intra-utérines (solutions de résorcine, d'extract d'eucalyptus, d'iодоforme, de permanganate, de zinc, de chloral...), topiques (acide nitrique, surtout lorsqu'il s'agit de détruire une muqueuse hypertrophiée) : bâtonnets de sulfate de zinc solidifié dans le cas de métrite fongueuse, hémorrhagique; onctions mercurielles, dans ceux, exclusivement, où la nature spécifique de l'affection paraît démontré. »

Enfin, l'auteur indique les circonstances dans lesquelles la curette rend de grands services, tout en insistant sur l'urgence qu'il y a dans le cas particulier à assurer un drainage parfait, à réaliser une antisepsie rigoureuse et à favoriser l'involution de l'utérus (*Edinb. med. Journ.*, septembre 1887).

Manuel opératoire. — La dilatation utérine doit être suffisante pour que la curette puisse pénétrer dans l'utérus et en sortir facilement et sans efforts.

La malade est chloroformisée puis placée sur une table à opération, ou sur un lit, dans la position dorso-sacrée, de façon que le siège dépasse le bord de 10 à 12 centim.

Les cuisses sont relevées, fléchies sur l'abdomen et maintenues dans cette position par deux aides.

Un spéculum univalve est placé sur la partie postérieure du vagin soigneusement désinfecté au moyen d'injections au bichlorure de mercure, et confié à un aide qui, en exerçant une traction modérée et continue, déprime cette paroi et abaisse la commissure postérieure de la vulve : cette manœuvre permet au praticien, en déprimant légèrement la paroi supérieure avec le doigt, de voir le col et de le saisir avec des pinces. On peut aussi, si c'est nécessaire, placer une valve supérieure, et un écarteur de chaque côté des parois vaginales.

On saisit avec une pince à griffe la lèvre supérieure. On la confie à un aide ; et on prend de la même manière la lèvre inférieure.

Reprenant alors les deux pinces d'une seule main, on abaisse doucement l'utérus.

Cet abaissement peut être favorisé par un aide refoulant avec sa main à travers la paroi abdominale le fond de cet organe et le maintenant dans cette position.

Cet abaissement de l'utérus permet de se rendre compte de toutes les lésions du col utérin, et de juger complètement de l'état des annexes.

Il permet de s'assurer, par le toucher rectal, de l'état du fond de l'utérus et de sa paroi postérieure.

L'utérus étant ainsi abaissé à l'orifice du vagin, l'exploration de la cavité utérine par les instruments est faite avec beaucoup de facilité.

Cet abaissement rend aisé le passage du cathéter, de la curette et de canules à irrigation.

L'utérus abaissé, on devra s'assurer de la direction du conduit utérin par le cathétérisme préalable.

D'ailleurs les tractions sur le col ont pour résultat de redresser ce conduit et de rendre l'introduction de la curette très aisée.

On peut, de cette façon, choisir l'axe, suivant lequel on désire opérer, en dirigeant à volonté la situation de l'utérus avec la pince à traction et la main.

Ensuite, on confie à un aide la pince qui tient la lèvre supérieure du col et on garde de la main gauche celle qui fixe la lèvre inférieure.

On pratique ensuite le grattage avec la curette à boucle, stérilisée au préalable à l'étuve à 170 degrés ou bien si on n'a pas d'étuve, flambée à la lampe à alcool et trempée dans la solution phéniquée forte. La curette à boucle enlève les fongosités au ras du tissu sain.

Il est bon de sortir chaque fois complètement la curette et de la laver en la secouant un instant dans un verre contenant de l'eau phéniquée faible; sa cupule est débarrassée ainsi des fongosités et du sang qu'elle contient; on peut de cette manière après l'opération, recueillir les fragments du tissu enlevé et en faire l'examen.

Le curage peut être considéré comme complet, lorsqu'après avoir abrasé toute la surface interne de l'utérus, la curette ne ramène aucun débris.

Il est nécessaire en effet de faire un curettage complet, car il suffit de laisser quelques bourgeons pour voir l'endométrite récidiver.

On complète cette excision à l'aide de la curette de Volkman bien tranchante, stérilisée aussi au préalable qui permet de racler plus profondément la base d'implantation des tissus morbides sur les faces, le fond et les angles de l'utérus.

On lave de nouveau le fond de l'utérus avec la solution antiseptique; on le sèche avec des tampons d'ouate; et on n'arrête le curettage que lorsque les tissus crient sous la curette; et que le doigt in-

introduit dans l'utérus ne sent plus aucun tissu de nature suspecte. Il existe des curettes à manche tubulé auxquelles on adapte le tuyau de l'irrigateur et qui permettent de faire l'opération sous un courant de liquide antiseptique.

Notre maître le Dr Richelot s'en est souvent servi devant nous. Le liquide entraîne ainsi au fur et à mesure que la curette les enlève tous les débris de muqueuse, de fongosités, et de tissu utérin malade.

La curette doit être préférée de beaucoup à l'écouvillon fait avec des crins durs dont se sert le Dr Doléris.

Elle agit plus énergiquement que l'écouvillon, et plus profondément. Elle détruit complètement la muqueuse et les tissus sous-muqueux infiltrés et devenus le réceptacle de produits pathogènes.

Elle fait en une seule fois tout le travail d'élimination qui aurait mis des semaines et des mois à se produire, livré aux seules ressources de la nature, et au prix d'hémorrhagies répétées et de pertes incessantes. Elle met fin ainsi à l'auto-infection du sujet. Guidé par une main exercée, et sous le couvert de l'antisepsie, le curettage utérin détermine une modification très grande dans la contractilité et particulièrement dans la vitalité des tissus, surtout lorsqu'il s'agit d'ulcérations étendues du col à la cavité utérine, dans les hypertrophies du col, dans la métrite parenchymateuse, et dans tous ces états caractérisés par du catarrhe utérin, des ménorrhagies, des douleurs dans le bas-ventre et entretenus par la pullulation incessante des micro-organismes dans la cavité utérine.

Elle est indiquée de même dans l'endométrite puerpérale, lorsqu'à la suite d'accouchement et surtout d'avortement, on voudra faire l'ablation des débris placentaires qui par la rétention de leurs produits septiques, pourraient amener chez des femmes non soumises à une antisepsie préalable des accidents d'une gravité incontestable.

Son action est absolument sûre et inoffensive. Elle débarrasse l'utérus des produits malades, des fongosités produites par l'inflammation ancienne, elle décongestionne l'utérus en paralysant momentanément les faisceaux musculaires qui arrêtent ou gênent la circulation veineuse.

Si des perforations utérines ont été produites par elle, c'est que le chirurgien entre les mains duquel elle se trouvait, avait fait preuve de brutalité et de maladresse, ou que les utérus déviés, surtout en ré-

troflexion, avaient subi une atrophie musculaire ou une dégénérescence graisseuse faciles à diagnostiquer par un examen sérieux.

Les hémorrhagies ne sont pas à craindre non plus dans le curetage utérin. Nous avons bien souvent remarqué que plus on grattait le tissu de l'utérus, moins il saignait. La curette est donc le plus sûr hémostatique. D'ailleurs dès que le curetage est terminé tout écoulement sanguin généralement insignifiant s'arrête.

Après l'abrasion des surfaces malades, on doit retirer les pinces qui fixaient les lèvres du col, puis panser la cavité utérine au moyen de tampons d'ouate iodoformée ou salolisée, ou encore d'ouate iodée, ou drainer au moyen d'un drain un peu rigide la cavité utérine afin d'éviter l'atésie; et faire dans le vagin et à la vulve les mêmes pansements qu'avant l'opération. Les tampons ou le drain laissés dans la matrice peuvent rester quatre à cinq jours; et on peut se borner à faire donner des injections vaginales antiseptiques aux malades sans toucher à ceux-ci. On continue ce pansement jusqu'au jour où la malade se lève.

Les suites de l'opération sont très simples. Dans l'immense majorité des cas il n'y a pas d'hémorrhagie; et si l'asepsie a été rigoureuse, pas de fièvre et pas de douleurs.

Un écoulement de liquide rosé, filant, se produit dans les jours qui suivent le grattage. On peut l'attribuer à l'élimination des cellules mortifiées de la muqueuse et à une légère transsudation séreuse. Cet écoulement n'est pas la règle; il peut ne pas exister. Dans les cas où on le remarque, on le voit disparaître en général au bout de huit jours.

La malade doit garder le lit immédiatement après l'opération.

On ne la laisse se lever que le 15^e jour, en lui recommandant d'éviter les fatigues, les marches prolongées, en un mot tout effort qui puisse retentir sur l'utérus.

Il est des cas où le curetage utérin est simplement explorateur. Ce curetage explorateur permet de retirer de la cavité utérine les fragments de tissus supposés altérés pour les livrer à l'examen microscopique. C'est donc un excellent moyen de diagnostic sur lequel Hegar et Kaltenbach ont particulièrement insisté. Il permet de reconnaître à quelle variété d'endométrite on a affaire, s'il s'agit d'un cancer du corps de l'utérus, ou de polypes de la cavité utérine. On sait en effet combien cliniquement ces diagnostics sont quelquefois difficiles.

Mais souvent le curettage ne suffit pas à la guérison complète des endométrites. Il peut laisser des anfractuosités au milieu desquelles peuvent continuer à proliférer les micro-organismes, il faut alors, à notre avis, faire un limage, un polissage de la cavité utérine.

Ces manœuvres s'effectuent au moyen de l'instrument suivant que nous avons fait construire chez Mariaud :

Il se compose : d'une tige cylindrique cannelée, ayant 8 à 9 cent. de longueur et mue par une manivelle. Cette tige peut être remplacée par d'autres plus petites ou plus volumineuses permettant leur introduction facile dans l'utérus. Cette introduction doit se faire avec lenteur et prudence; elle n'exige dans aucun cas l'emploi de la force. Au niveau des lèvres du col la tige est maintenue en place par deux griffes empêchant toute perforation utérine.

Avec un peu d'habitude, on sent toujours, et on contrôle aisément l'action de l'instrument.

Le polisseur utérin agit mieux que la curette; ou du moins il complète l'œuvre commencée par celle-ci.

Il agit sur toute la surface de la cavité utérine d'une manière égale par la désagrégation des éléments cellulaires. Son action en profondeur est indéniable.

Il pénètre dans la couche musculaire et la débarrasse des débris laissés adhérents par la curette.

Si l'on a affaire à des végétations un peu dures, ou à des productions polypoïdes molles, à pédicule mince et long, qui fuient sous la curette, il est plus avantageux d'employer le polisseur utérin.

Au moyen de cet appareil, on peut aussi faire le curage complet de la cavité utérine en y adoptant une curette à double hélice. Celle-ci consiste dans une tige autour de laquelle sont disposées deux lames coupantes en hélice.

Bien que Hart et Barbour emploient la curette contre l'endométrite, même dans les cas de cellulite et de péritonite aiguë concomitantes, nous croyons que le curettage utérin est contre-indiqué, lorsqu'il existe une phlegmasie aiguë des annexes de l'utérus ou des organes avoisinants.

Il n'est pas douteux en effet que dans les cas dont nous venons de parler, ainsi que dans les salpingites purulentes, les phlegmons péri-utérins, les hématoécèles rétro-utérines, toute intervention peut

produire une recrudescence des symptômes inflammatoires. Toute intervention doit être retardée.

Mais dans les phlegmasies chroniques des annexes de l'utérus, lorsqu'il existe des fausses membranes immobilisant cet organe, des brides fibreuses sans tendance à l'inflammation, s'il n'y a pas de douleurs dans les culs-de-sac, s'il existe simplement un peu d'induration, on peut parfaitement procéder sans danger au curettage utérin.

La seule précaution à prendre sera de ne pas tirailler sur l'utérus ; de ne point essayer de l'attirer à la vulve au moyen de pinces à griffes.

Si après ces divers traitements employés, une récurrence se produit, ce n'est plus dans l'utérus que l'on doit rechercher la cause de la récurrence, ce sont les trompes qui dans ce cas sont malades, ce sont elles qui secondairement viennent infecter l'utérus.

On doit alors songer à l'ablation des trompes, à la salpingotomie ; et la proposer comme dernier moyen à la malade.

Il nous reste à examiner ce que devient un utérus qui a subi l'opération du curettage.

On a pensé que la muqueuse enlevée par la curette ne se régénérerait pas et était remplacée par une couche de tissu fibreux incapable de remplir les importantes fonctions dévolues à cette muqueuse, ou bien que, si elle se régénérât, elle différerait anatomiquement de la muqueuse normale.

Nous avons eu l'occasion d'avoir entre nos mains, l'utérus d'une femme qui avait subi le curettage utérin un an auparavant. La muqueuse utérine s'était entièrement reproduite et ne différait pas au point de vue histologique de la muqueuse normale.

Après un curettage utérin, les règles n'apparaissent jamais au moment où elles devraient se produire normalement : elles sont toujours reculées et se montrent à une époque variable, distante de l'apparition de 5 semaines à 2 et 3 mois.

L'explication de ce fait semble être la suivante d'après M. Desmoulin (Th. de Paris, 1887) : « Pour qu'une femme puisse être réglée, une des conditions essentielles est que le réseau capillaire situé immédiatement à la surface du derme soit intact, comme l'a démontré le professeur Robin. Après le curettage, ce réseau détruit en partie, ne peut-être le siège de l'écoulement menstruel ».

Mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est qu'après l'opération, la muqueuse utérine met à se régénérer exactement le même temps que chez une femme qui vient d'accoucher.

Quant à la possibilité pour les opérées de devenir enceintes dans la suite, nous devons absolument l'admettre : ainsi nous renvoyons à deux observations suivies de grossesse après curettage, rapportées par Nélaton et citées dans la thèse de Rouyer (1858). Duvelius a produit la statistique de A. Martin « 60 cas de grossesse chez les femmes ayant subi le raclage ».

Henricius donne aussi une statistique favorable, 16 malades sur 68. Beuke donne des résultats analogues :

13 cas de grossesse après curettage : 3 fois la grossesse n'est pas arrivée à terme, et 8 fois elle y est arrivée. La proportion considérable des avortements (5 sur 13) s'explique par le fait qu'il s'agissait de femmes, qui avaient déjà avorté plusieurs fois. Bien loin de prédisposer à l'avortement, le raclage est, pour l'auteur, un des moyens les plus sûrs d'obtenir une grossesse à terme, à la suite d'avortement répétés. Dans sa thèse, Boureau donne aussi des résultats analogues. Nous avons recueilli 1 cas de grossesse trois mois après le curettage utérin pratiqué par le Dr Terrier ; et notre ami le Dr Raoul Mesnet nous a signalé un fait semblable chez une de ses opérées. La régénération de la muqueuse, comme nous l'avons dit, paraît exiger après un curettage utérin, 4 à 5 semaines pour permettre la conception. Jamais on n'a signalé d'aménorrhée persistante consécutive au curettage. Au contraire il régularise la menstruation. Ainsi donc le curettage n'est pas une cause de stérilité.

Il peut être employé avec succès contre celle-ci d'une façon tout à fait efficace.

Contre les déchirures du col, l'ectropion de la muqueuse, l'hyperthrophie des lèvres, on doit instituer un traitement chirurgical destiné à rendre aux parties leur forme et leur situation normales.

1° L'opération d'Emmet, qui, par l'avivement des lèvres de la déchirure du col utérin, puis la suture des surfaces avivées, diminue le volume du col et lui rend sa forme.

2° L'opération de Schroeder qui, par l'excision de la muqueuse malade faisant ectropion, et le rebroussement en dehors de la face externe du col maintenue en place par la suture, constitue un nouveau canal cervical.

OBSERVATIONS

OBS. I. — *Endométrite chronique d'origine blennorrhagique.*

Bout..., passementière. Entrée le 1^{er} septembre 1887, salle Chassaignac, n° 7, hôpital Bichat, service de M. le Dr Terrier.

Malade depuis trois ans. Trois grossesses, la dernière il y a dix ans. Menstruation régulière depuis, mais un peu douloureuse.

La maladie a débuté par des pertes blanches, jamais d'hémorrhagies. Il y a un an blennorrhagie communiquée par le mari. Pertes très abondantes jaunâtres. Douleurs très vives à la miction, cystite, la malade urinait le sang.

Depuis cette époque, pertes continuelles en blanc et en rouge. Elle subit divers traitements : cautérisation au fer rouge, grattage du col à la suite duquel la malade resta au lit trois jours avec la fièvre. Ces traitements furent suivis d'une très légère amélioration.

1^{er} septembre 1887. Au toucher col très volumineux, entr'ouvert, légèrement en arrière ; lèvre antérieure dure, très volumineuse.

Au spéculum ulcération circulaire occupant les deux lèvres. Lèvre antérieure saillante. Utérus 10 cent. Injections vaginales antiseptiques et dilatation avec une petite éponge. Le mucus utérin purulent examiné contient des gonocoques.

Le 3. Ulcération étendue à une grande partie du col. Orifice bien dilaté. Eponge préparée un peu plus volumineuse (voir pour l'examen bactériologique du mucus utérin à la fin de l'observation).

Le 5. Utérus 8 cent. ; col très volumineux. Ectropion des deux lèvres. Dilatation avec une laminaire après injection vaginale au bichlorure.

Le 7. Catarrhe intense. Laminaire de même volume que la précédente.

Le 9. Séance de dilatation avec les bougies d'Hégar. Laminaire.

Le 11. Sécrétion muco-purulente abondante dans le vagin. Catarrhe muco-purulent du corps très abondant. Utérus 10 cent. Grosse laminaire.

Le 12. Grattage utérin avec la curette tranchante.

Le 17. Catarrhe encore très abondant. Utérus toujours très volumineux, 10 cent. Col ulcéré mais de bon aspect. Crayon iodoformé. Pansement iodoformé.

Le 20. Utérus 10 cent. Toujours catarrhe abondant. Large érosion du col, introduction d'une grosse laminaire. Pansement iodoformé.

Le 22. Utérus 10 cent. Catarrhe moins abondant ; col toujours granuleux. Gros tampon de Vulliet.

Le 29. Utérus 11 cent. Col encore volumineux ; lèvre antérieure saillante ; catarrhe clair de l'utérus ; crayon iodoformé ; un tampon moyen dans la cavité du col ; tampons moyens dans les culs-de-sac.

1^{er} octobre. Utérus 9 cent. Catarrhe clair peu abondant. Col légèrement ulcéré en voie de cicatrisation.

Le 7. Catarrhe muqueux plus abondant. Ulcération en voie de guérison. Utérus 10 cent. Pansement avec tampons de Vulliet.

En novembre la malade est revue. Il persiste de l'hypertrophie de la lèvre antérieure avec ulcération en voie de cicatrisation. Les règles ont été sans douleurs le 20 novembre et ont duré 4 jours. Le 4 décembre col encore très gros, ulcéré ; l'ulcération est bourgeonnante. Utérus 7 cent. Cathétérisme facile. Pas de catarrhe.

Voici les détails d'examen bactériologique depuis l'entrée de la malade jusqu'à sa sortie :

Les 1^{er} et 3 septembre. Le pus utérin présente, sur lamelles colorées au violet de gentiane et examinées au microscope au grossissement de 450 diamètres, avec objectif à immersion, des cellules à gonocoques très caractéristiques. Quelques gonocoques sont libres.

Le 6. Même état.

Le 9. Idem. Une laminaire retirée de l'utérus est placée dans un tube de verre stérilisé. Avec une pointe en platine placée au bout d'une baguette de verre flambée à la lampe, on prend une goutte de pus sur la laminaire et on la plonge dans un tube plein de gélatine peptonisée. Deux ensemencements sont pratiqués. Deux autres ensemencements dans un tube d'agar.

Le 11. Dans un tube de gélatine et dans un tube d'agar, même manœuvre.

La culture est très bien prise le 6 janvier. A la partie supérieure du tube : nuage liquide avec grains opaques jaunâtres inférieurement.

Le 13. Examen du mucus utérin : outre les gonocoques placés dans les cellules épithéliales et ceux libres, on en voit quelques-uns réunis deux à deux (diplocoques), d'autres forment de courtes chaînettes de 3 à 4 éléments.

Le 15. Examen de la culture du 9 septembre : cocci isolés et en chaînettes.

Le 20. Le tube de gélatine du 9 septembre présente une partie trouble liquéfiée aux 3/4.

Au-dessous petits grains d'un blanc jaunâtre réfringents, offrant par leur accumulation une surface en forme de cupule au-dessous, autres petits grains en chapelets.

L'examen microscopique donne absolument le même aspect que la lamelle faite le 15 septembre.

La partie liquide donne les mêmes cocci que la partie solide.

Le 20. Sur l'agar du 9 septembre, on trouve des points jaunes et blancs

superficiels et deux lignes d'ensemencement remplies de petits grains en cha-
pelet d'un blanc jaunâtre. Cette culture examinée le 23 septembre présente des
cocci. Des plates cultures faites le 20 septembre avec la culture du 9 donnent
le 23 des cupules de liquéfaction ne reproduisant qu'un seul micro-organisme,
le coccus trouvé dans les autres cultures.

Le 20. Sur le tube de gélatine du 11 septembre, on voit des grains blancs
superficiels, et de longs filaments composés de petits grains nombreux jaunâtres.

Sur l'agar du 11 septembre, points jaunes superficiels, au-dessous filaments
moyens composés de petits grains jaunes isolés. Le 23 septembre l'examen mi-
croscopique montre des cocci dans cette culture.

Le 24. Avec le tube d'agar du 9 septembre dont les cultures donnent des
cocci après examen, on ensemence trois tubes :

Dans 1 tube uro-gélatine, 3ensem., points jaunes superficiels.

Dans 1 tube pepto-gélatine, 2ensem., points blancs superficiels,

Dans 1 tube pepto-gélatine 2ensem., points jaunes superficiels.

Le 30. Le tube d'uro-gélatine présente un aspect trouble superficiellement,
au-dessous prolongements, en doigt de gant de 1 cent. de large formés de points
jaunes. Dans le tube de pepto-gélatine (celui où avaient été ensemencés les gros
grains jaunes superficiels), on voit un nuage présentant une disposition dentelée
irrégulièrement ; et formée de petits grains jaunâtres à l'œil nu. Mais à la lon-
gue, les petits grains forment une colonie hyaline, transparente, légèrement
bleuâtre, liquéfiante et se terminant par une traînée rubanée pleine aussi de
grains un peu plus volumineux.

Dans le tube de pepto-gélatine où avait été ensemencés le 24 septembre les
petits points blancs superficiels on voit deux plaques blanches dentelées super-
ficielles se prolongeant en doigt de gant dans une longueur de 1 cent. pour
l'une et de 1 cent. 1/2 pour l'autre, et couvertes de petits grains jaunes hya-
lins, transparents : Plaques et prolongements sont entourés d'un nuage blan-
châtre. Pas de liquéfaction.

Le tube de gélatino-peptone du 9 septembre est au trois quarts liquéfié ; il
présente à la limite inférieure de son point de liquéfaction, une série de petits
grains jaunâtres disposés sur plusieurs rangées.

Sur le tube d'agar du 9 septembre : petits grains blancs superficiels, gros
grains jaunes superficiels, et 2 traînées formées de petits grains jaunes. Sur le
tube de gélatine du 11 septembre gros grains blancs superficiels, prolongements
entourés de petits grains jaunes. Sur le tube d'agar du 11 septembre raies jau-
nâtres formées de gros grains jaunâtres, prolongements formés de petits grains
jaunes.

Le 4 octobre. L'examen de tous les tubes donne les résultats suivants :

Dans le tube de gélatine du 9 septembre, partie trouble liquéfiée au-dessous,
grains jaunes. Dans le tube d'agar du 9 septembre points jaunes superficiels,
petits points blancs superficiels, petits grains jaunes disséminés sur les raies

d'ensemencement ; sur le tube de gélatine du 11 septembre même aspect que le 20 septembre. Sur le tube d'agar du 11 septembre même aspect aussi.

Le tube à l'uro-gélatine, et les tubes à la pepto-gélatine du 24 septembre présentaient le 4 octobre le même aspect que le 30 septembre.

L'examen de la partie liquéfiée du tube de gélatine-peptone du 9 septembre sur lamelle après coloration faible au violet de méthyle à l'eau ; cette lamelle posée sur une lame creuse glycinée à son pourtour, dénote nettement la présence de cocci encore vivants le 4 octobre. Ces cocci sont disposés en diplocoques, d'autres en chaînettes, plusieurs isolés. Leurs mouvements s'effectuent sur place. Ils sont oscillatoires et rotatoires.

Le 5. Se servant d'un spéculum en verre stérilisé, on injecte dans le vagin d'une lapine au moyen d'un compte-goutte stérilisé aussi du liquide provenant du tube gélatiné du 9 septembre. On place ensuite à demeure dans le vagin de la lapine un tampon d'ouate hydrophile.

Le 7 octobre M^{me} Bout... revient se montrer au spéculum : l'ulcération du col est presque entièrement guérie. Il y a encore un peu de catarrhe du col sous forme d'une glaire opaline. L'examen microscopique de celle-ci dénote l'absence absolue de micro-organismes, quelques cellules vaginales et quelques globules de pus. Le 10 octobre. La lapine présente de la fièvre ; en même temps, vaginite très accentuée, gonflement, rougeur de la vulve phlyctènes purulentes au pourtour de celle-ci. L'introduction du spéculum paraît fort douloureuse liquide muco-purulent par le vagin. Ce liquide examiné présente des cocci en abondance, et des cellules à gonocoques. Deux tubes à la pepto-gélatine sont ensemencés l'un avec son liquide utéro-vaginal ; l'autre avec son urine.

Le tube du gélatine peptone de Bout... du 9 octobre ne contient que ses cocci immobiles.

Le 12 octobre la lapine inoculée meurt à 3 h. de l'après midi. Autopsie immédiate : Vagin rouge fortement vascularisé liquide séro-purulent dans le vagin.

Lymphangite utérine. Traînée de fins globules de pus le long du ligament large du côté gauche. Rien à droite. On place l'utérus et le ligament large gauche dans l'alcool pur pour pouvoir faire des coupes de ces organes. Le 14 et le 15 octobre, le tube à gélatine d'urine de la lapine fait le 10 octobre présente une couche superficielle offrant de gros grains et de petits grains blancs, ainsi que de gros et de petits grains jaunes : les petits grains jaunes forment un fin chevelu dans l'intérieur du tube.

Le tube de gélatine peptone de la lapine, tube ensemencé le 10 octobre avec son liquide utéro-vaginal donne à l'examen le 15 octobre une culture analogue à celle de Bout... du 11 septembre : grains blancs superficiels et filaments composés de petit grains jaunâtres. Le 15 octobre, l'examen de la culture des tubes du gélatine-urine de la lapine (petits points blancs) donne

des bactéries de diverses formes, les unes très courtes, et quelques cocci isolés. L'examen des gros grains blancs du même tube donne les mêmes micro-organismes. La culture du tube gélatine de la même lapine faite avec son liquide utéro-vaginal le 10 octobre dénote la présence de bactéries semblables.

Le 23 octobre le tube 2 de gélatine avec lequel on avait fait cinq ensemencements avec le tube 1 le 23 septembre présente des points blanchâtres isolés, cocci agglomérés par l'examen sur lamelles. Le 25 octobre, examen de l'urine de la lapine ensemencée le 15 octobre : cocci agglomérés, quelques bactéries courtes. Le 19 décembre M^{me} Bout..., réexaminée au spéculum présente un catarrhe purement muqueux. L'ulcération des lèvres est presque entièrement cicatrisée. La malade n'a plus de douleurs, plus de pertes : et ses règles venant à époque fixe durent trois jours.

Obs. II. — *Endométrite blennorrhagique. — Guérison par la dilatation utérine et les lavages intra-utérins antiseptiques.*

Bret..., 28 ans, blanchisseuse. Entrée le 4 octobre 1887, salle Chassaignac. Hôpital Bichat service de M. le Dr Terrier.

5 octobre. La malade depuis trois semaines perd abondamment en rouge.

Habituellement mal réglée.

Pas d'enfants.

A eu une première perte il y a quatre ans. Douleurs de ventre et de reins.

Col sain, pas d'ulcération, largement ouvert. Cathétérisme utérin facile.

Utérus 9 cent. Ecoulement de sang noir par l'orifice du col.

Lavage intra-utérin au sublimé. Introduction d'une grosse laminaire. Tampons et pansements iodoformés. Gonocoques dans le mucus utérin.

Le 7. Endométrite très franchement catarrhale d'origine blennorrhagique. De nouveau, le mucus utérin examiné contient des gonocoques abondants, cellules à gonocoques très nettes. Ensemencements faits dans tubes d'agar peptonisé et de gélatine peptone.

Utérus largement ouvert.

Introduction d'une grosse laminaire. Peu de catarrhe. Saignement et caillots après la chute de la laminaire.

Le 10. Ablation de la laminaire. Pas de catarrhe pas de sang. Grosse laminaire.

Le 12. Utérus largement dilaté. Catarrhe muco-purulent abondant du corps de l'utérus. Pas d'ulcération. Utérus, 7 cent. Lavage au sublimé intra-utérin. Crayon iodoformé.

Les cultures de gonocoques sont très bien prises dans les tubes d'agar et de gélatine peptonisée.

Le 21. Très bon état. Pas de perte. Un peu de catarrhe sanguinolent. Col

sain. Un petit tampon, un crayon d'iodoforme ; un peu de saignement à l'introduction du tampon.

Le 23. Toujours un peu de catarrhe sanguinolent du corps. Crayon d'iodoforme dans la cavité.

Le 26. Perd encore en blanc. Crayon iodoformé, tampon.

Le 28. Un peu de catarrhe clair. La malade est guérie et quittera l'hôpital demain. Plus de micro-organismes dans son mucus utérin.

Le 30. Encore un peu de catarrhe blanchâtre à l'orifice du col. Pas de douleurs. Crayon iodoformé et tampons.

8 décembre. La guérison s'est maintenue. La malade a eu ses règles une fois depuis la sortie ; elles ont duré six jours.

OBS. III. — *Endométrite blennorrhagique. — Traitement par la dilatation utérine et le curettage. — Guérison. — Réinoculation blennorrhagique consécutive.*

La nommée Era... Blanche, 28 ans, modiste, rue Dauphine 20, entre le 25 mars 1887, salle Chassaignac, lit 29, hôpital Bichat, service du Dr Terrier.

Réglée à 11 ans. Menstruation s'est établie difficilement et a persisté très irrégulière.

A 16 ans, aménorrhée pendant six mois à la suite d'un refroidissement. Depuis cette époque aucune maladie. Fausse couche de 2 mois il y a 8 ans.

Depuis un an 1/2 leucorrhée abondante. Soignée par le Dr Julien qui diagnostiqua petit fibrome et l'envoya à l'hôpital Bichat, service du Dr Terrier, où elle entra le 25 juin. Opérée de son fibrome par M. Terrier le 8 juillet. Sortie 5 semaines après, guérie.

Malade entre de nouveau dans le même service, le 25 mars, pour du catarrhe utérin. 11 centimètres à l'hystéromètre. A l'examen du mucus utérin, gonococques abondants. Ceux-ci sontensemencés dans des tubes d'agar et de gélatine peptonisée.

Dilatation utérine faite le 28 mars avec tige de laminaire iodoformée. Pansement vaginal avec quatre tampons iodoformés et un à la vulve. La dilatation est fort bien supportée. Pas de réaction fébrile. La malade ne peut uriner seule. Cathétérisme.

29 mars. On enlève la tige de laminaire qui est doublée de volume. 5 centimètres 1/2 de longueur à l'hystéromètre. On la remplace par de l'éponge préparée iodoformée. Tamponnement avec tampons iodoformés. La malade est sondée deux fois par jour. Le 30 mars, on retire l'éponge doublée de volume et on la remplace par une autre. Même pansement. Les cultures de gonococci sont en pleine végétation et reproduisent le même micro-organisme après examen.

Le 31. On remet une autre éponge préparée dans l'utérus de la malade. Cons-

tipation. Légères coliques. On purge la malade. Le 2 avril, l'éponge préparée enlevée est remplacée par une autre.

Le 3. Le col attiré à la vulve par deux pinces à griffe, on pratique le curetage utérin après chloroformisation. Le 6 mars, injections chaudes antiseptiques. Les jours suivants, tous les deux jours, pansement intra-utérin antiseptique avec tampons de Vulliet.

Le 18. Règles. Le 2 mai, la malade quitte l'hôpital.

4 juillet. Nous revoyons la malade. L'écoulement est complètement tari. Introduction de l'hystéromètre facile. Le 30 septembre, la malade revue accuse des douleurs abdominales et rénales depuis huit jours. Les règles ont été peu abondantes le mois dernier ; un peu de leucorrhée. Le col est sain. L'hystéromètre donne 8 centimètres.

24 octobre. Col sain, bouchon purement muqueux, clair dans le col. Pas de gonocoques à l'examen microscopique du mucus.

30 décembre. La malade est revue à l'hôpital. La guérison s'est maintenue complète. Le col est ouvert. L'orifice est du diamètre d'une grosse lentille. Pas d'écoulement.

1^{er} juillet 1888. La malade a été de nouveau inoculée. Elle a de la vaginite (Elle avoue que son mari a une gonorrhée chronique). On voit un liquide muco-purulent sortant de la cavité utérine. On ensemence deux tubes de gélatine et d'agar et on fait des lamelles avec du mucus pris dans l'utérus. Ce mucus contient des gonocoques. On place un crayon au bichlorure dans l'utérus. Le 9 juillet : Ecoulement utérin un peu plus clair. Même traitement. Le 15 juillet : Idem. Ainsi donc, guérison non persistante à cause des réinoculations successives produites par l'écoulement uréthral chronique du mari de la malade.

Les tubes d'agar et de gélatine peptoniséeensemencés le 2 juillet présentent déjà le 6 un commencement de culture. La gélatine peptonisée est liquéfiée. L'agar présente des petits grains jaunâtres très fins suivant la voie d'ensemencement. Par l'examen, cocci. Ils ne prennent pas la double coloration. Le 16 et le 23 août on ensemence de la culture du 6 juillet. Le 27 août, on remarque que ces cultures ont végété. Mêmes remarques que pour celles du 2 juillet.

OBS. IV. — *Endométrite fongueuse, septique, ulcéreuse, post abortum.* — *Traitement par la dilatation utérine, le curetage et les injections vaginales antiseptiques.* — *Périnéorrhaphie.* — *Guérison.*

La nommée Biya... Pauline, âgée de 25 ans, entrée le 27 mai 1887, salle Chassaignac, lit 24.

Réglée à 11 ans 1/2; toujours bien réglée depuis. A 19 ans, un enfant.

Accouchement au forceps ; une hémorrhagie le lendemain de l'accouchement, l'enfant vit.

Un an après, un second enfant venu normalement.

Un an après, un troisième enfant.

Deux ans après, un quatrième enfant. Le premier et le quatrième enfant vivent, les deux autres sont morts de maladies infantiles.

Il y a trois mois une fausse couche de 2 ou 3 mois ; la malade l'attribue aux mouvements qu'elle faisait pendant la journée en frottant un parquet. Pas d'antisepsie vaginale.

Quinze jours après la fausse couche la malade fut prise d'une hémorrhagie abondante puis il se déclara un abcès dans la fosse iliaque gauche ; au bout de 6 jours, l'abcès s'ouvrit dans le vagin ; difficulté pour uriner et douleurs pendant la miction. Depuis cette époque, la malade a souvent des pertes sanguines. Métorrhagie abondante. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital celle-ci l'obligea à s'aliter et dura trois jours. La malade éprouvait de violentes douleurs dans l'abdomen au moment des hémorrhagies, douleurs, qui se calmaient lorsque l'hémorrhagie cessait.

27 mai. Ces douleurs sont revenues depuis hier ; pesanteur périnéale très accusée, fatigue. A l'examen, déchirure périnéale étendue.

Le col est gros, mobile, ulcéré au pourtour de son orifice. Le cul-de-sac gauche est empâté. Catarrhe utérin abondant. Par l'examen microscopique on trouve des bactéries courtes et allongées et des microcoques isolés et en chaînette.

3 juin. Dilatation avec une tige de laminaria iodoformé ; température le soir, 37°,4.

Le 4. On remplace la tige de laminaria par de l'éponge préparée ; température matin, 37° ; soir, 37°.

Rétention d'urine, on sonde la malade une fois puis elle urine seule.

Le 5. Température, 37°.

Le 6. Dilatation avec éponge préparée iodoformée. Miction pénible. Pas de coliques.

Le 7. Dilatation avec tige de laminaria.

Le 8. Dilatation avec éponge préparée. Miction fréquente mais non douloureuse. A l'hystéromètre, 7 cent.

Le 9. Écoulement abondant de liquide roussâtre. Ce sont les règles de la malade.

Le 10. Même écoulement indolore. Température toujours normale.

Le 11. On enlève l'éponge préparée. Pansement intra-utérin avec deux tampons d'ouate iodoformée. Pas de fièvre.

Le 13. Dilatation avec de la laminaria. Le pansement intra-utérin est continué les jours suivants.

Le 17. Curettage de la cavité utérine. On fait en même temps la périnéorraphie au crin de Florence.

Le 27. On retire les fils, la réunion est complète.

Le 9 juillet, la malade se lève.

Le 11. Exeat. Plus de micro-organismes dans le mucus utérin.

OBS. V. — *Endométrite ulcéreuse chronique blennorrhagique. — Traitement par la dilatation, les pansements et les injections vaginales antiseptiques. — Guérison.*

Le 9 juin 1887, est entrée la nommée Martin, Henriette, blanchisseuse, âgée de 25 ans, salle Chassaignac, lit n° 8, service de M. le Dr Terrier, hôpital Bichat.

Parents bien portants ; mère 56 ans, père 57 ans. Frères et sœurs bien portants. Réglée à 18 ans, facilement et sans douleurs ; elle eut un mois après l'établissement de ses règles, de l'aménorrhée complète pendant six mois.

Depuis cette époque, troubles utérins, métrorrhagies fréquentes en dehors des règles, pertes blanches abondantes. Depuis dix mois écoulement sanguin qui ne s'est jamais arrêté, leucorrhée persistante. Pas de douleurs en urinant. Douleurs rénales et abdominales. Pesanteur au périnée.

La malade n'a jamais eu ni grossesse ni fausse couche. Jamais d'antisepsie vaginale. A l'hôpital les pertes sanguines continuent. Par le toucher, l'utérus paraît un peu augmenté de volume. Rien dans les culs-de-sac ; petite ulcération sur la lèvre antérieure du col qui est petit et conique. Catarrhe utérin abondant. Le mucus utérin de teinte jaunâtre contient des gonocoques. Culture dans gélatine peptonisée neutre et dans agar peptonisé.

La malade est soumise au repos ; deux fois par jour injections chaudes avec la solution de sublimé ; tampons iodoformés à la vulve.

Le 17. On commence la dilatation ; la longueur de la cavité utérine est de 8 centimètres ; on y introduit une petite tige de gélosine Guérin. Les jours suivants la température ne monte pas au-dessus de 37° ; quelques légères douleurs lombaires, miction facile.

Le 20. Après une injection vaginale au sublimé on enlève la tige de gélosine ; on la remplace par une autre de dimension moyenne. Écoulement d'un liquide séreux abondant contenant encore quelques gonocoques.

La température persiste les jours suivants à 37°.

Le 22. Mêmes manœuvres ; on introduit dans la cavité utérine une tige de laminaire ; écoulement séro-muqueux au moment où on enlève la tige de gélosine, tampon iodoformé dans le vagin.

Le 24. Dilatation avec éponge préparée. Le 27. Dilatation avec éponge. Le 30 Dilatation avec éponge.

4 juillet. Dilatation avec éponge. Le 9. Dilatation avec tige de laminaire.

Le 13. Dilatation avec éponge préparée. Le 22. Tige de gentiane iodoformée dans cavité utérine.

Le 28. La dilatation utérine est complète ; on fait un pansement intra-utérin avec des tampons de Vuillet. Le 31. Idem.

22 août. La malade est revue par notre ami le Dr Hallé, il constate encore un peu de catarrhe utérin. Ce catarrhe est filant, transparent. Son examen ne fournit aucun micro-organisme.

On fait quelques pansements avec des tampons de Vuillet, et des tiges de laminaire. La malade occupe le lit 26.

Le 26. Elle demande à sortir.

La guérison est complète.

OBS. VI. — *Endométrite ulcéreuse blennorrhagique. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques et la dilatation utérine. — Guérison.*

Arnault, 27 ans, lit 2, salle Chassaignac, service du Dr Terrier. Hôpital Bichat. Mariée, un enfant. Couches il y a 5 ans.

Soignée par une sage-femme pour une ulcération du col, jamais d'antiseptie vaginale.

Menstruation régulière. Règles abondantes, douleurs vives dans l'abdomen à chaque époque. Pertes blanches continuelles.

8 août 1887. Ulcération de la lèvre postérieure du col. Vaginite. Injections vaginales antiseptiques. Introduction dans la cavité cervicale d'un crayon iodoformé. Tampon iodoformé dans le vagin.

Le mucus utérin examiné de teinte jaunâtre, contient des gonocoques, semblables à ceux du vagin. Cultures dans tubes de gélatine et d'agar peptonisé.

Le 12. Même traitement. Le 15, idem. Écoulement utérin abondant. Les cultures de gonocoques fournissent les mêmes micro-organismes. Réensemencement dans d'autres tubes. Le 19. Même traitement. Le 24. Les règles apparaissent. Les deuxièmes cultures ont donné encore des microcoques ne prenant pas la double coloration. Le 29. Introduction de l'hystéromètre difficile. Dilatation avec cinq tampons de Vuillet. 1^{er} septembre. Autres tampons ne pénétrant que dans la cavité cervicale. Le 3. Dilatation avec laminaire fine. L'utérus présente 5 cent. 1/2 à l'hystéromètre. Le 5. Dilatation avec gentiane de volume moyen. Le 7. Ulcération en voie de cicatrisation ; 7 cent. à l'hystéromètre. Dilatation avec une grosse laminaire. Introduction facile. Le 9. Le col encore légèrement ulcéré présente un bon aspect. Les deux lèvres sont planes. La dilatation avec les sondes d'Hégar nos 8, 9 et 10 est très facile. Catarrhe muqueux. On laisse dans la cavité utérine une grosse éponge préparée. Tampons vaginaux iodoformés.

Le 11. L'éponge est tombée dans le vagin.

Le 12. Le mucus utérin ne contient plus de gonocoques. Quelques-uns encore dans le vagin.

L'ulcération du col est entièrement guérie. On permet à la malade de se lever. L'utérus présente 7 cent. de longueur. Crayon iodoformé dans l'utérus calé avec tampons de Vuillet. Le 15. Plus de catarrhe utérin. Plus de traces d'ulcération. On continue les crayons iodoformés. Le 20. La malade quitte l'hôpital.

En octobre, la malade est revue.

La guérison s'est maintenue complète.

5 novembre. Col sain, 6 cent. à l'hystéromètre. Pas de catarrhe. Pas de douleurs.

OBS. VI (bis).— *Endométrite cervicale ulcéreuse blennorrhagique.* — *Traitement par les injections vaginales antiseptiques et la dilatation utérine.* — *Guérison.*

Daunou Mathilde (Pingat), 36 ans, couturière, entre le 18 novembre 1887, salle Chassaignac, lit 12, service du Dr Terrier, hôpital Bichat. Malade depuis dix-huit mois. Pas de grossesse. Il y a trois mois qu'elle n'a pas eu ses règles et a eu une perte le 1^{er} novembre dernier qui a duré deux jours. Jamais d'antiseptie vaginale

Au toucher col un peu gros, légèrement entr'ouvert. Au spéculum légère érosion du col circulaire pénétrant dans l'orifice. A l'hystéromètre, 11 cent. Catarrhe clair, abondant, contenant des gonocoques en petit nombre. On ordonne des injections vaginales chaudes deux fois par jour avec la solution de bichlorure de mercure à 1/2000.

30 novembre. Dilatation avec laminaire. Col largement ouvert. Pansement iodoformé intra-cervical. On cesse pendant quelques jours la dilatation. Les pertes utérines qui avaient cessé, recommencent.

7 décembre. Grosse laminaire dans l'utérus.

Le 10. Col très gros. Utérus gros en antéversion. Catarrhe utérin abondant. Encore quelques gonocoques. Cavité utérine : 6 cent. 1/2. Laminaire dans l'utérus. Isthme difficile à franchir.

Le 12. Chute de la laminaire au bout de 24 heures. Col en meilleur état. Très peu de catarrhe. Introduction d'une grosse laminaire.

Le 14. Cathétérisme facile. Col largement ouvert, complètement cicatrisé. Crayons iodoformés dans le col. Pansement iodoformé.

Le 19. Amélioration. Tampons de Vuillet. Même pansement.

21 décembre. La malade sort sur sa demande. La guérison est complète. Le mucus utérin ne contient plus de micro-organismes.

OBS. VII. — *Endométrite blennorrhagique hémorrhagique. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation utérine et les crayons intra-utérins au bichlorure de mercure. — Guérison.*

Jappe, Rosalie, 16 ans 1/2, blanchisseuse, entre le 25 novembre 1887, salle Chassaignac, lit 11 bis, service du Dr Terrier, hôpital Bichat. Rougeole à 6 ans. Début des règles à 15 ans. Menstruation à peu près régulière. Il y a trois mois, huit jours après les règles, refroidissement, frisson, fièvre, puis pertes de sang abondantes.

28 novembre. Les pertes sanguines persistent encore. Injections chaudes.

2 décembre. Col petit, conique, mobile ; cathétérisme assez difficile. Utérus 8 cent. 1/2. Rien dans les culs-de-sac. Catarrhe utérin abondant. Le mucus utérin examiné contient des gonocoques. Introduction d'une laminaire fine dans l'utérus.

Le 5. Chute de la laminaire. Introduction de cinq tampons de Vuillet dans la cavité utérine et d'un dans le col. Pansement iodoformé.

Le 10. Cavité utérine, 8 cent. 1/2. On place une laminaire dans l'utérus. Introduction facile, mais maintien difficile.

Le 12. Grosse laminaire.

Le 14. Col largement ouvert. Catarrhe sanguinolent du corps abondant. Utérus, 10 cent. Grosse laminaire dans la cavité du corps. Introduction facile. Deux tampons de Vuillet dans le col.

Le 19. Catarrhe encore abondant. Éponge préparée dans l'utérus. Pansement iodoformé. Plus d'écoulement sanguin.

Le 21. Écoulement muqueux tout à fait transparent.

Le 23. Écoulement séreux. Petite éponge dans l'utérus. Tampon iodoformé.

Le 26. Catarrhe du col muco-purulent persistant. L'examen du pus dénote encore des gonocoques, les uns libres, les autres renfermés dans les cellules épithéliales de l'utérus. On place dans la cavité utérine un crayon au bichlorure de mercure.

Le 30. Encore quelques gonocoques en petit nombre dans le mucus utérin. 2 janvier. Même traitement.

Le 6. Catarrhe moins abondant. Même traitement.

Le 7. Catarrhe plus clair. Amélioration notable. L'examen du mucus dénote l'absence complète de gonocoques.

La malade sort guérie.

OBS. VIII. — *Endométrite chronique ulcéreuse d'origine blennorrhagique. — Hypertrophie du col. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation, le curettage utérin et la résection du col. — Guérison.*

La nommée Bollu, Louise (femme Allory), 38 ans, couturière, entre le 2 mars 1888, service du Dr Terrier, salle Chassaignac. Régée à 14 ans. Retards de 8 à 10 jours habituellement.

Avant chaque époque, douleurs de reins pendant 2 à 3 jours, cessant ensuite. Durée moyenne des règles : trois jours. Peu d'abondance. Mariée à 20 ans. Premier enfant à 22 ans. Grossesse et accouchement très heureux. Retour de couches après 6 semaines. Depuis, règles irrégulières comme de coutume.

Deuxième enfant à 34 ans. Grossesse et accouchement très heureux. Peu de durée des douleurs (2 à 5 heures) dans les deux cas. Cet enfant a été nourri au sein par sa mère et durant tout l'allaitement, les règles sont arrivées comme de coutume. Pas de métrorrhagies. Quelquefois leucorrhée. Coût douloureux. Au 1^{er} décembre 1887, au moment présumé des règles, douleurs plus violentes que de coutume, dans les reins, en ceinture, dans le bas-ventre, avec irradiations dans les cuisses. Ces douleurs ont duré 14 jours et ont obligé la malade à garder le lit. Les règles arrivant le 14 décembre amenèrent la cessation des douleurs, qui reprirent à leur suite, au même siège, mais moins intenses. La malade a dû cesser depuis le 1^{er} décembre sa profession de couturière à la machine, le mouvement des jambes exaspérant les souffrances. Régée le 10 janvier 1888 avec deux jours d'avance et cessation des douleurs pendant la période menstruelle.

Coût insupportable depuis quelques mois. Catarrhe utérin abondant. A l'hôpital Bichat le 29 janvier, col très bas. Lèvre antérieure hypertrophiée. Col très volumineux. Cavité utérine 8 cent. Ulcération circulaire saignante, pénétrant jusque dans la cavité cervicale. Catarrhe muco-purulent abondant. Ce catarrhe examiné contient des gonocoques, les uns libres, les autres contenus dans les cellules épithéliales. Injections antiseptiques.

13 février. Même état.

Le 20. Règles, dix jours de retard.

Le 25. Depuis le commencement du traitement, disparition des irradiations douloureuses dans les cuisses. Persistance des douleurs abdominales.

2 mars. Elle entre dans le service. Injection au bichlorure deux fois par jour. Le mucus utérin examiné le 5 et le 6 mars contient des gonocoques. Cultures dans tubes de gélatine et d'agar peptonisé.

Le 5. Idem.

Le 9. Laminatoire. Repos au lit.

Le 12. Éponge préparée, tampon iodoformé.

Le 17. Idem. Amélioration.

Du 19 au 22. Règles.

Le 25. Plus de catarrhe utérin. Mais col toujours hypertrophié.

Le 29. Opération : 1° curettage de l'utérus ; 2° amputation des lèvres du col. 6 sutures au catgut. Canal utérin maintenu béant par un chapelet de petits tampons iodoformés. Les jours suivants excellent résultat opératoire.

5 avril On réensemence dans des tubes d'agar et de gélatine de la culture du 2 et du 5 mars. Cette culture présente le 11 avril de très fines granulations dans l'agar le long de la raie d'ensemencement. Liquéfaction dans la gélatine peptone. Le 12 avril, dans les coupes utérines, gonocoques.

Le 19. La malade sort de Bichat. Disparition complète des douleurs, plus de catarrhe. Utérus perméable

OBS. IX. — *Endométrite ulcéreuse d'origine blennorrhagique. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation et les pansements iodoformés. — Guérison.*

Honoret, 46 ans. Salle Chassaignac, hôpital Bichat, service du Dr TERRIER.

Réglée à 13 ans 1/2. Menstruation régulière, 4 accouchements normaux. La malade fait remonter son affection à 8 mois. Elle a eu des douleurs pour uriner pendant trois semaines. Pertes en blanc et en jaune, douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Encore réglée, mais irrégulièrement.

Le 8 novembre 1886, examinée à l'hôpital Bichat, la malade se plaint de douleurs abdominales violentes et de douleurs rénales. Leucorrhée abondante. Marche impossible. L'utérus est volumineux. Le col déchiré, saignant facilement, ulcéré sur ses deux lèvres. La cavité utérine présente 8 cent. Miction douloureuse.

7 janvier 1887. Col en arrière, ulcération du pourtour de l'orifice du col. Catarrhe utérin abondant. Le mucus examiné contient des gonocoques. La malade est soumise aux injections antiseptiques.

On la cautérise deux fois par semaine, à la teinture d'iode et à l'acide chromique.

Ce traitement est continué du mois de janvier au mois de juillet. Le 18 juillet, l'ulcération est superficiellement guérie. Mais l'utérus est toujours gros, le col saigne facilement. La malade se plaint toujours de douleurs abdominales et lombaires ; le catarrhe utérin est toujours abondant.

23 septembre. La malade revient se montrer à l'hôpital Bichat. La guérison ne s'est pas maintenue.

L'ulcération s'est reproduite ; le catarrhe utérin est de nouveau très abon-

dant. On ordonne des injections antiseptiques très chaudes. Deux par jour. Le mucus examiné renferme des gonocoques en grande quantité.

3 octobre. On commence la dilatation avec une laminaire moyenne. L'introduction de celle-ci est très facile.

L'utérus présente une longueur de 7 cent.

La dilatation est continuée tous les deux jours.

Le 10. Peu de catarrhe. Le col a bon aspect. Pas de saignement. Pansement iodoformé.

Le 14. Encore un peu de catarrhe clair. Ulcération en pleine voie de cicatrisation. La dilatation est continuée.

Le 25. Encore légères pertes blanches. Diminution notable des douleurs. Catarrhe clair. 7 cent à l'hystéromètre. Crayons iodoformés dans l'utérus.

La malade quitte l'hôpital. Il n'existe plus d'ulcération du col. Le mucus examiné ne renferme pas de gonocoques.

4 novembre. La malade est revue. L'ulcération du col est entièrement cicatrisée. Écoulement nul.

Encore quelques légères douleurs abdominales sous l'influence de la marche. Même pansement.

OBS. X. — *Endométrite d'origine blennorrhagique et puerpérale. Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation utérine. — Amélioration.*

Blanchet, service du Dr TERRIER, hôpital Bichat, salle Chassaignac, litⁿ 11 bis. Réglée à 15 ans facilement et sans douleur.

Un enfant en novembre 1886. Depuis cette époque pertes en blanc abondantes, douleurs abdominales vives, règles irrégulières, très abondantes.

16 août 1887. Les mêmes symptômes persistent exagérés. Catarrhe utérin très abondant contenant des gonocoques. L'utérus a une largeur de 10 cent. Ulcération granuleuse, framboisée occupant tout le col, vulvite et métrite. On ordonne des injections antiseptiques. Tampon au tannin.

5 septembre. Le col regarde en arrière. Ectropion des deux lèvres. L'utérus a 8 cent. Muqueuse saignant facilement; catarrhe toujours abondant. Deux crayons iodoformés dans l'utérus.

Le 9 On commence la dilatation utérine avec des tiges de laminaire. Plus de vulvite, ni d'uréthrite.

La dilatation est continuée le 10 et les jours suivants. Elle amène une diminution du catarrhe utérin qui n'est plus aussi purulent; mais qui contient toujours des gonocoques; ils sont agglomérés, en amas, et logés dans les cellules épithéliales.

Le 15. Col toujours volumineux. Au spéculum, diminution notable du volu-

me du col, diminution de l'ulcération. Catarrhe utérin plus clair, mais renfermant toujours des gonocoques.

On continue le même traitement.

Le 18 et le 19, dans le mucus utérin encore des gonocoques.

Le 29. Plus de catarrhe utérin, mais ulcération persistante. L'examen du mucus montre encore des gonocoques en petite quantité. Amélioration.

OBS. XI. — *Endométrite ulcéreuse hémorrhagique. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, et la dilatation. — Guérison.*

Poirier, 28 ans, salle Chassaignac, hôpital Bichat, service du Dr TERRIER.

Réglée à 12 ans 1/2. Menstruation toujours régulière. Depuis quatre mois, pertes blanches habituelles, alternant avec des pertes sanguines. En même temps, douleurs abdominales et rénales, pesanteur au périnée, rapprochements sexuels douloureux.

8 décembre. Ces phénomènes la font venir à la consultation. A l'examen, rien dans les culs-de-sac ; le col est mobile, entr'ouvert. Il présente sur les deux lèvres, une large ulcération granuleuse framboisée. Catarrhe muco-purulent contenant des gonocoques. On ordonne des injections vaginales antiseptiques.

Le 10. On ensemence dans les tubes de gélatine et d'agar peptonisé neutre du muco-pus dans le col utérin avec les précautions habituelles.

On fait aussi directement des lamelles.

Par la coloration au bleu de méthyle et au violet de gentiane, on voit des cellules à gonocoques, quelques cellules vaginales pavimenteuses, et des globules de pus.

Le 14. Tubes de gélatine, on voit quelques grains blanchâtres pulvérulents le long de la raie d'ensemencement.

Le 15 et le 16 ces grains se prolongent plus bas.

Le même traitement est continué chez la malade.

Le 14. Dilatation utérine avec tiges de laminaire. Tampons iodoformés. Ce traitement est pratiqué tous les deux jours.

Le 17. Cultures dans le même état. L'examen de ces grains dénote la présence de cocci agglomérés, plusieurs en chaînettes.

Le 17. On refait de nouveau des lamelles avec du pus pris directement dans le col utérin dilaté avec une laminaire iodoformée. Présence de gonocoques très bien caractérisés. On fait deux préparations, et on les colore l'une au bleu de méthylène à l'eau, l'autre en rouge. Avec un des tubes de gélatine du 10 décembre on ensemence, le 17 décembre, un autre tube de gélatine B que l'on place dans une étuve à température constante.

Le 20. Ce tube B présente la même culture que les premiers gonocoques par l'examen sur les lamelles.

Le 20. 3^e ensemencement dans le tube B, dans un 3^e tube C. Ce tube est placé dans l'étuve, température constante.

Le 20. Ensemencement dans 2 tubes de bouillon de veau stérilisé du tube B.

Le 22. Vérification de la culture dans du bouillon de veau stérilisé du 20 décembre, qui présente un aspect complètement trouble, cocci vivants. Sur lamelles, cocci en chainettes.

Le tube B du 17 décembre, placé dans l'étuve, est liquéfié. Le tube C du 20 décembre, dans l'étuve, présente un nuage de liquéfaction et au-dessous quelques grains fins d'un blanc jaunâtre. On ensemence un tube contenant le bouillon de veau stérilisé, avec le tube de bouillon du 20 décembre. Dans un tube agar ensemencement avec la culture du tube de gélatine C du 20 décembre. L'ensemencement du tube de gélatine pris directement dans le col utérin, le 19, donne le 22 décembre un nuage de liquéfaction et au-dessous un fin semis de grains blanc jaunâtre.

Le 22. Inoculation dans l'œil gauche d'un cobaye du tube de gélatine (3^e culture). Au préalable 1 goutte de solution de cocaïne à 1/20 dans l'œil de l'animal.

Le 23. Le cobaye présente une goutte de pus concentrée à l'angle interne de l'œil. Le 24. Pas de pus. Glande lacrymale très rouge. Le 25. Idem. Le 26. Idem. Le 27. Mort du cobaye. Cornée généralement dépolie, se désagrégant facilement. On peut faire sourdre une goutte de pus de l'œil gauche.

Examen de ce pus : cocci. Ensemencement de ce pus pris dans le cul-de-sac conjonctival du cobaye dans du bouillon de veau stérilisé, et dans un tube de gélatine.

Le 29. L'examen de ces 2 tubes dénote la présence de cocci, quelques rares bactéries.

Ces 2 tubes sont l'un celui du bouillon de veau complètement trouble, l'autre celui de gélatine, une culture de grains d'un blanc jaunâtre ovoïdes le long de la raie d'ensemencement.

7 janvier 1888. La malade est revue à l'hôpital. Elle n'a pas encore eu ses règles. Plus de douleurs abdominales. Plus de pertes blanches, ni de pertes sanguines. Par l'examen au spéculum, le col est encore légèrement exulcéré. Encore un peu de catarrhe du col contenant quelques gonocoques. Même traitement. Elle est revue 2 fois par semaine. Le 29. Plus d'ulcération du col. Plus de catarrhe cervical ; même traitement.

5 février. Mucus clair. Ensemencement dans tube de gélatine, et dans tube agar. Les jours suivants, pas de cultures. Les deux tubes sont gardés. Examinés le 24 juillet les tubes de gélatine et d'agar sont secs, séparés des parois du tube, mais ne présentent aucune culture. Le 16 août, rien non plus.

Voici une observation que nous devons à l'obligeance de notre excellent maître, M. le D^r TERRIER.

OBS. XII. — *Endométrite blennorrhagique. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques et les crayons intra-utérins au bichlorure de mercure. — Guérison.*

M^{me} B..., 34 ans. Régée à 13 ans. Mal portante étant jeune fille ; faiblesse persistante. Pleurésie gauche à 36 ans. Mariée à 30 ans.

Depuis 4 ans, elle perd des mucosités colorées en vert et épaisses. Pas de douleurs abdominales. Quelques maux de reins. Écorchures aux petites lèvres par la marche et les fleurs blanches. État général assez bon, mais lassitude fréquente ; figure tirée. M^{me} B. est vue pour la 1^{re} fois le 20 juillet 1887. Le col utérin exulcéré au pourtour de son orifice laisse échapper des mucosités épaisses tachant le linge en vert. Pas de douleurs en urinant. On examine le mucus utérin à cette époque et on y constate la présence de nombreux gonocoques. Desensemencements de ce mucus sont pratiqués dans les tubes de pepto-gélatine et d'agar-agar.

Comme traitement du catarrhe utérin, on ordonne des injections au bichlorure de mercure à 1/2000, et on introduit deux fois par semaine dans la cavité utérine un crayon au bichlorure de mercure maintenu par un tampon d'ouate hydrophile. Les cultures faites dans l'agar le 20 juillet donnent le 23 l'aspect de fines granulations. Les jours suivants idem. L'examen microscopique dénote la présence de gonocoques dans ces tubes. Le bouillon de veau stérilisé ensemencé avec cette culture se trouble dans les 24 heures et reproduit les mêmes micro-organismes. L'examen en lames creuses de ces cultures dénote la présence de gonocoques animés de mouvements rotatoires et oscillatoires. Mêmes manipulations le 1^{er} août, mêmes résultats. Le 16, on ensemence dans deux tubes de gélatine de la culture provenant des tubes d'agar du 20 juillet. Le 21 août, dans les tubes de gélatine, la culture présente la disposition suivante : 1^o grains blancs superficiels arrondis, 2^o grains idem au-dessous d'eux. Leur examen dénote une culture pure de gonocoques. Depuis le traitement par les injections et les crayons au bichlorure, la malade a eu une amélioration constante et régulière. L'écoulement a peu à peu diminué, à tel point que la malade ne s'en aperçoit plus. La guérison est parfaite en décembre, et se maintient telle dans l'année 1888.

OBS. XIII. — *Endométrite végétante septique. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques et la dilatation utérine. — Guérison.*

Thetelain, Angèle, 19 ans. Entrée le 1^{er} septembre 1887, salle Chassaignac, hôpital Bichat, service de M. le Dr TERRIER.

Réglée à 13 ans 1/2 facilement et sans douleurs. Jamais de soins de propreté. Jamais d'injections vaginales. Début il y a une année par des pertes continuelles et des douleurs abdominales. Au toucher, col entr'ouvert.

3 septembre. La malade perd encore un peu. Petite ulcération très superficielle. Un peu de catarrhe muqueux. Ce catarrhe est souvent purulent. Utérus, 6 cent. Dilatation. Après des injections vaginales antiseptiques on dilate l'utérus avec une laminaire. Le mucus utérin examiné contient des bactéries grêles, allongées et des cocci libres.

Le 5. Utérus, 5 cent. 1/2. Laminaire. Injections vaginales antiseptiques chaudes continuées dans l'intervalle des dilatations. Plus de douleurs.

Le 7. Dilatation avec le dilatateur de Sims.

Le 9. Col gros. Toujours légère ulcération superficielle. Crayon iodoformé dans la cavité du corps. Catarrhe muco-purulent.

Le 11. Ulcération circulaire très superficielle. Bon aspect du col. Catarrhe muco-purulent très abondant. Utérus, 6 cent. Tampon iodoformé sur le col.

Le 12. Tampons de Vuillet intra-utérins.

Le 17. Catarrhe clair du corps. Col entièrement guéri.

Le 19. Peu de catarrhe. Col rugueux à l'intérieur. Introduction d'une laminaire fine. Chute de la laminaire le 21.

Le 22. Utérus, 6 cent. Plus de rugosités intra-utérines. Crayon iodoformé dans le col. La malade est guérie, elle quitte l'hôpital.

L'examen du mucus utérin pratiqué le 1^{er} septembre, donne : 1° des bactéries, les unes grêles, allongées, les autres plus courtes et plus larges. Leur longueur varie de 2 à 3 μ et de 1 μ à 1 μ 1/2 pour la largeur ; 2° des cocci ayant tous le même volume et ne variant pas de forme. Ils ont 1 μ de longueur et 1/4 de μ pour la largeur. On ensemence dans des tubes de gélatine et d'agar peptonisé ce mucus utérin. Les cultures donnent le 4 septembre une série de grains blanchâtres réfringents le long des voies d'ensemencement.

6 septembre. Le tampon d'ouate retiré de l'utérus présente une sécrétion purulente. Le pus examiné au microscope, sur lamelles colorées, au grossissement de 450 diamètres, avec objectif à immersion, montre des cellules utérines, globules de pus, bactéries et cocci. Les bactéries sont les plus nombreuses. Par le procédé de double coloration (Ehrlich-Gramm) on aperçoit les bactéries disposées en filaments droits, tranchant par leur coloration violette sur le fond rose de la préparation. On voit aussi des cocci en chaînettes. Ces cocci sont arrondis, ayant tous le même volume et ne variant pas de forme. Les dimensions des cocci sont de 1 μ pour la longueur et de 1/4 de μ pour la largeur. Les bactéries sont grosses, larges, présentant des longueurs variables. Les dimensions des bactéries varient de 2 à 3 μ pour la longueur et de 1 μ pour l'épaisseur.

Le 9. Tampon d'ouate retiré de l'utérus présente une sécrétion purulente. Le pus examiné au microscope montre des cellules utérines, prismatiques, globules de pus. Présence de la même bactérie. Quelques cocci.

Le 11. On ensemence deux tubes à l'agar et à la gélatine peptonisée avec ce mucus.

Le 12. On commence à apercevoir le long des lignes d'ensemencement une raie blanche très opaque dans les deux tubes.

Le 14. Le muco-pus pris sur un tampon d'ouate retiré de l'utérus, donne après examen des cocci et des bactéries en quantité considérable. Les bactéries sont toujours les unes allongées, les autres courtes, renflées à leur milieu. Globules de pus abondants.

Sur les cultures du 11 et du 12, on voit apparaître le 19 un petit plateau blanchâtre parsemé de petits grains jaunes à la surface des tubes ; au-dessous de ce plateau un long filament floconneux recouvert de petits grains jaunâtres. Dans le tube de gélatine l'examen microscopique des grains jaunâtres montre l'existence d'un petit nombre de bactéries ; les cocci seuls abondent.

Deux lamelles sont colorées, l'une au violet de gentiane, l'autre au rouge Rubin.

Dans le tube d'agar les grains jaunes pris sur la surface de la culture montrent des amas de cocci, pas de bactéries. Deux lamelles. L'une au rouge, l'autre au violet.

20 septembre. Sur le tube de gélatine du 11 septembre, on trouve une cupule de liquéfaction, un filament trouble au centre duquel se trouve un gros grain jaune et enfin, une portion trouble, nuageuse, au travers de laquelle six gros grains jaunâtres. Sur le tube d'agar du 11 septembre : filaments blancs le long desquels petits grains jaunes quelquefois grains identiques isolés. Sur le tube d'agar du 12 septembre, on voit de gros points jaunes superficiels et un long filament composé de petits grains réunis d'un blanc jaunâtre.

21 septembre. Sur le tube de gélatine du 12 septembre, on trouve : une partie liquéfiée, une partie trouble et au-dessous point jaune, quelques grains jaunâtres.

Le 22. Avec le tube de gélatine du 11 septembre, ensemencements de 3 tubes de gélatine. Tube 1, deux ensemencements ; tube 2, cinq ensemencements avec tube 1 ; tube 3, dix ensemencements avec tube 2. Puis trois plaques de verre sont ensemencées avec ces tubes. Plaque n° 2, avec tube 3 ; plaque 2 avec tube 2 plaque 3 avec tube 2.

Le 23. La malade sort guérie. Examen de son mucus le jour de sa sortie, quelques globules de pus en faible quantité, cellules épithéliales du vagin et de l'utérus. Plus de cocci, plus de bactéries.

Le 27. Sur la lame 3 rien, sur la lame 2 cinq colonies blanches, petites, sur la lame 2, 3 colonies plus grandes que celles de la lame 2 et blanches. Vérification des lames. Amas de cocci sur la lame 2 et de bactéries sur la lame 2 et 3.

Le 29. Sur lame 3, bactéries ; sur lame 2, cocci ; sur lame 2, cinq colonies liquéfiantes, leur examen dénote bactéries, cocci sur points blancs.

Le 29. Ensemencement dans tube gélatine peptonisée des points jaunes de

liquéfaction de plaque n° 2, d'agar du 22 septembre. Dans un 2^e tube gélatine peptonisée, ensemencement des points blancs de plaque 2 à l'agar du 22 septembre.

3 octobre. Le tube d'ensemencement des points jaunes de liquéfaction présente à sa surface, de petits grains jaunes, transparents, hyalins, une cupule de liquéfaction, des grains jaunâtres fins, un nuage de grains jaunes.

Dans le 2^e tube d'ensemencement des points blancs de plaque d'agar du 11 septembre, plaques blanches superficielles, flocons blancs. La vérification de ces 2 tubes dénote la présence de bactéries multiples dans le tube de liquéfaction contenant des grains jaunes. Des cocci se trouvent en quantité, en amas, en chaînettes, et isolés dans le tube renfermant des flocons blancs.

Le 7. Idem.

OBS. XIV. — *Endométrite chronique septique d'origine puerpérale.*
— *Atrésie du col. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques et la dilatation utérine. — Guérison.*

Richet, Henriette (femme Dufau), 37 ans, cuisinière, demeurant rue Fagil-lau, 23 (Levallois-Perret).

La malade a eu un enfant il y a vingt ans. Depuis elle se plaint de douleurs abdominales avec leucorrhée abondante. Elle fut cautérisée par le D^r Nélaton. Depuis, les pertes blanches et jaunes ont continué à se produire. Fausse couche à 23 ans. Les douleurs reparaissent. Il y a un an grattage utérin par M. Schwartz. Pas de dilatation après le grattage.

27 janvier. La malade entre à la salle Chassaignac, dans le service du D^r Terrier, lit n° 14. On constate une atrésie à peu près complète du col. L'examen du mucus dénote la présence de bactéries allongées.

4 février. Débridement du col en haut et sur les côtés.

Le 18. La malade sort de l'hôpital guérie.

La malade ne souffre plus au moment de ses règles, elle est bien réglée. Douleurs dans la partie droite de l'abdomen.

10 juillet. Malgré l'opération l'atrésie persiste. Dilatation avec de la gélosine.

Le 15. Amélioration. La gélosine est continuée.

Le 22. La malade a eu ses règles pendant la dilatation. Tige de gélose.

Le 25. La malade entre de nouveau à l'hôpital Bichat, lit 19, pour des douleurs abdominales vives. L'utérus est très perméable. Pas de catarrhe. On continue la dilatation avec des tiges de laminaire. Injections antiseptiques chaudes.

4 août. La malade sort guérie.

L'examen du mucus très clair dénote l'absence de bactéries.

OBS. XV. — *Endométrite septique ulcéreuse d'origine puerpérale.*
— *Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation, le curettage utérin et la résection de la lèvre antérieure.* — *Guérison.*

La nommée Puiguet, Aldona (femme Billa), 28 ans, entre le 23 avril 1888, salle Chassaignac, lit 8, service du Dr Terrier, hôpital Bichat. Réglée à 15 ans 1/2. Menstruation peu abondante, douloureuse. Mariée à 21 ans. Trois enfants. Les deux premiers accouchements normaux. La troisième grossesse à 25 ans. La malade a eu des malaises, des évanouissements fréquents. Accouchement à 8 mois, à St-Louis ; la malade était debout. Chute de l'enfant, rupture du cordon, délivrance une demi-heure après. Retour des règles un mois après. Mais depuis ce moment les règles ont été d'une quantité insignifiante, en même temps, syncopes fréquentes, coliques violentes, points douloureux au niveau des deux ovaires, surtout à gauche, obligation de garder le lit.

Leucorrhée très abondante depuis un an et demi, douleurs dans le bas-ventre, les reins et la région périnéale. Position assise intolérable. Vue à l'hôpital Bichat le 5 mars. Col gros, hypertrophié. Écoulement muco-purulent abondant. Exulcérations arrondies des deux lèvres. Le mucus utérin examiné présente des microcoques en chapelets et isolés et des bactéries dans les cellules épithéliales.

11 mars. Pertes blanches abondantes. Col gros, rouge, saignant facilement. On ordonne des injections antiseptiques. Cet état persiste jusqu'en avril.

23 avril. Entrée de la malade à l'hôpital. L'utérus présente 8 centimètres à l'hystéromètre. Dilatation avec laminaire moyenne. Introduction facile.

Le 25. Laminaire retirée. Injection antiseptique. Grosse laminaire. Le mucus examiné le 29 présente des microcoques isolés et quelques bactéries courtes. La dilatation est continuée les jours suivants et parfaitement supportée.

5 mai. Curettage de l'utérus. Résection de la lèvre antérieure. Suture en surjet au catgut de celle-ci. La cavité utérine est bourrée d'un chapelet de petits tampons iodoformés.

Le 25. La malade sort guérie. Le mucus utérin examiné est limpide, en minime quantité et ne contient aucun micro-organisme.

OBS. XVI.— *Endométrite septique ulcéreuse d'origine puerpérale.— Hypertrophie du col. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation utérine, le curettage et l'amputation du col. — Guérison.*

La nommée Beuzay, Marie (femme Lebreton), 39 ans (rue des Abouts, 20), cuisinière, entre le 5 avril 1888, service du Dr Terrier, hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit 8 bis. Fièvre intermittente à 15 ans durant trois mois. Variole à 18 ans. Réglée à 11 ans, avec malaises, coliques et douleurs rénales persistant encore aujourd'hui à chaque époque menstruelle. Mariée à 24 ans. Six enfants. Un seul survivant. Une fausse couche de 4 mois. Métrite en 1880. Soignée à St-Antoine, par des scarifications et des cautérisations. Pas d'antisepsie vaginale. Jamais de guérison complète. Coût douloureux, pesanteur périnéale, douleurs dans le bas-ventre avec irradiations rénales. Constipation habituelle. Envies fréquentes d'uriner, avec cuisson à la fin de la miction. Tous ces symptômes ont augmenté depuis 13 mois, date du dernier accouchement. Leucorrhée habituelle, abondante. A l'examen, cystocèle, rectocèle. Col de l'utérus énorme, largement fendu, ulcération des deux lèvres. Utérus dépassant la symphyse pubienne. Le mucus utérin examiné contient des bactéries grêles, mobiles, et des cocci en chaînettes de 3 à 4 éléments.

8 avril. Le repos au lit amène quelque soulagement. Injections antiseptiques. On commence la dilatation utérine avec des tiges de laminaire. Cette dilatation est continuée les jours suivants. Le 29. On examine le mucus utérin. Il présente les mêmes micro-organismes ; mais en moindre abondance. Cultures du mucus dans tubes d'agar et de gélatine peptonisée.

4 mai. La dilatation utérine est suffisante.

Le 7. Les cultures ont végété dans les deux tubes. Celui de gélatine peptonisée est en partie liquéfié contenant des bactéries. Au-dessous de cette partie liquide grains blanc jaunâtre, très fins, pulvérulents, contenant cocci. On inocule à une lapine et à deux chiennes cette portion liquéfiée de la culture. L'inoculation est faite dans leur vagin au moyen d'un compte-gouttes stérilisé et d'un spéculum en verre.

Le 12. Curettage utérin et amputation du col de la malade. Le 13. Les inoculations aux animaux n'ont produit chez les animaux qu'une inflammation vaginale et vulvaire insignifiante.

Le 27. La malade se lève.

1^{er} juin. Elle est guérie. Des coupes utérines examinées le 23 juillet dénotent la présence de bactéries et de cocci ayant pénétré à travers les fibres musculaires de l'utérus et disposées le long de celles-ci ; quelques-uns de ces micro-organismes autour des vaisseaux sanguins. 21 août. Le tube de gélose

peptonisée examiné contient des bactéries et des cocci. Le 23. On réensemence dans un tube d'agar de la culture du 29 avril.

27 août. La culture se présente comme une fine trainée pulvérulente de grains blanc jaunâtre le long de la ligne d'ensemencement, et ne fournit qu'une trame de micrococci au microscope.

OBS. XVII. — *Endométrite ulcéreuse septique d'origine puerpérale. — Hypertrophie du col. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation utérine, le curettage et la résection des lèvres du col. — Guérison.*

La nommée Petit-Jean, Antonia (femme Bouet), 35 ans, couturière, rue Clairaut, 17, entre le 7 juin 1888, salle Chassaignac, lit 2, service du Dr Terrier, hôpital Bichat. Bonne santé habituelle. Réglée à 13 ans, régulièrement dès le début, sans douleurs. Mariée à 21 ans, 4 enfants. Deux fausses couches. La 1^{re} fausse couche à 22 ans lui détermina des accidents fébriles dus à la rétention du placenta. Elle était de 2 mois.

Le début de l'affection remonte à 12 ans après le 2^e accouchement. Pesantur périnéale. Douleurs à gauche de l'abdomen. Leucorrhée abondante. Rapports conjugaux douloureux. A la Maternité, on lui cautérisa le col utérin. Jamais d'injections vaginales antiseptiques.

Ces phénomènes ont persisté jusqu'à aujourd'hui.

A l'hôpital Bichat, le 11 mai. Col dur, très ouvert. Utérus mobile. Au spéculum : col très hypertrophié, largement fendu en travers. Ulcérations des deux lèvres, surtout de l'antérieure. Rien dans les culs-de-sac. Cavité utérine, 8 cent. Catarrhe utérin muco-purulent abondant présentant à l'examen des bactéries allongées et des microcoques, les uns nageant dans le liquide, les autres inclus dans les cellules épithéliales. Le 25. Pansement avec tampons iodoformés.

1^{er} juin. Crayons iodoformés intra-utérins. Le 7. Rentrée à l'hôpital, repos au lit, injections antiseptiques matin et soir. Le 15. Petite laminaire dans l'utérus. Le 18. Laminaire moyenne. Le 21. La dilatation est bien supportée. Le 24. Idem. La dilatation est continuée les jours suivants.

Le catarrhe utérin devient filant, transparent. 4 juillet. Curettage utérin, et résection des lèvres du col. Le 18. Elle se lève pour la première fois.

Le 21. Elle sort de l'hôpital. Le résultat opératoire est parfait. Plus de micro-organismes dans l'utérus.

OBS. XVIII. — *Endométrite ulcéreuse, septique hémorrhagique, d'origine puerpérale. — Traitement par la dilatation utérine, les pansements iodoformés, et les injections vaginales antiseptiques. Guérison.*

La nommée Zaïg, 25 ans, entre le 27 novembre, salle Chassaignac, lit n° 16, service du Dr TERRIER, hôpital Bichat. Malade depuis 5 ans. Régée irrégulièrement depuis l'âge de 14 ans. Grossesse à 20 ans. A la suite de cette grossesse pertes sanguines abondantes durant quinze jours, douleurs abdominales, rénales, leucorrhée continue. Jamais d'antiseptie du vagin.

Depuis huit jours, les pertes sanguines ont reparu. Col entièrement ouvert. Lèvre postérieure petite ulcérée. L'ulcération s'étend jusqu'à la lèvre antérieure. Catarrhe utérin muco-purulent abondant. Par l'examen microscopique, bactéries allongées. Pas de cocci. Cathétérisme facile. Utérus, 8 cent. On place une laminaire dans l'utérus, après désinfection vaginale et utérine soignée.

Le 30. Autre laminaire plus volumineuse. Pertes sanguines arrêtées.

3 décembre. Catarrhe toujours abondant. Lèvre antérieure diminuée de volume. L'ulcération présente un meilleur aspect. Introduction d'une grosse laminaire un peu difficile, col paraissant dévié un peu à droite. Pansement iodoformé.

Le 7. Mêmes manipulations, même état.

Le 10. Cavité utérine, 6 cent. Utérus en antéverson. Catarrhe utérin moins abondant. Crayons iodoformés dans l'utérus.

Le 14. L'ulcération de la lèvre postérieure est cicatrisée. Tampon de Vulliet dans la cavité utérine.

Le 17. Même pansement. Catarrhe utérin simplement muqueux, transparent sans micro-organismes. Plus de douleurs abdominales ni rénales.

Le 19. La malade est opérée de fistule anale. On lui enlève en même temps de volumineux bourrelets hémorroïdaires. Elles sort le 16 guérie. Son utérus examiné ce jour-là est en parfait état. Pas de catarrhe.

Le 20 janvier. Examinée de nouveau, la guérison persiste. Pas de catarrhe utérin. Utérus, 7 cent. On continuera les pansements iodoformés, et les lavages antiseptiques.

OBS. XIX. — *Endométrite ulcéreuse septique hémorrhagique post-puerpérale. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation utérine et l'opération de Schroeder. — Guérison.*

M^{me} Paqui, 39 ans, entre le 13 août 1887, salle Chassaignac, lit n° 11 bis, service du Dr TERRIER, hôpital Bichat. Six grossesses à terme. Quatre fausses

couches. La dernière couche difficile. Il y a trois mois, à la suite d'une fausse couche, pertes sanguines continuelles. Celles-ci persistent encore aujourd'hui ; et alternent avec des pertes blanches, et des douleurs abdominales et rénales. Le col est très gros. La lèvre antérieure est hypertrophiée. Ulcération s'étendant sur les deux lèvres. Jamais d'antisepsie vaginale. Mucus utérin jaunâtre contenant des bactéries allongées. On ordonne des injections chaudes avec la solution de sublimé à 1 pour 2000 et on dilate tous les deux jours l'utérus avec des tiges de laminaire iodoformée.

22 août On pratique l'opération de Schroeder. Celle-ci n'est suivie d'aucun accident. Pas d'élévation de la température.

2 septembre. État satisfaisant de l'utérus. L'orifice du col est régulier, sans ulcérations. La lèvre postérieure est divisée en deux par un sillon cicatriciel vertical. Cathétérisme difficile.

La malade sort le 5 septembre. Plus de douleurs. Plus de catarrhe utérin, ni de pertes sanguines.

Le 23. La guérison s'est maintenue.

20 octobre. Très bon résultat opératoire. Le cathétérisme est facile aussi bien avec l'hystéromètre mou qu'avec le rigide. Les règles sont revenues deux fois depuis l'opération, sans douleurs et ont duré trois jours.

En janvier 1888, la malade est revue. Cathétérisme utérin facile : 5 cent. à l'hystéromètre. Pas d'ulcération, pas de catarrhe. Règles normales.

Obs. XX. — *Endométrite ulcéreuse septique post partum. — Rétroversion et rétroflexion. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques et la dilatation utérine. — Opération d'Alexander. — Guérison.*

La nommée Jourdain, 37 ans, entre lit 25, salle Chassaignac, service du Dr Terrier, hôpital Bichat. Septembre 1887. Réglée à 13 ans. Première grossesse à 21 ans. Depuis, deux autres normales, la dernière il y a dix mois. Elle resta au lit pendant quinze jours. Jamais d'antisepsie vaginale.

Depuis cette époque, douleurs abdominales très vives et pertes blanches abondantes. Au toucher, col volumineux, lèvres molles, granuleuses. Orifice ouvert. Rétroflexion et rétroversion très prononcées. Au spéculum, la lèvre antérieure est moins volumineuse que la postérieure. Cathétérisme facile. L'utérus a 7 cent. de longueur. Ulcération de la lèvre postérieure. Catarrhe muco-purulent abondant. Ce catarrhe examiné contient des bactéries allongées dans les cellules épithéliales, des micrococci arrondis libres et quelques diplocoques. Cultures dans tubes d'agar et de gélatine peptonisée. On ne sent pas le corps utérin en avant par le palper abdominal. Après des injections vaginales antiseptiques, on introduit très facilement dans l'utérus une laminaire moyenne qui se redresse

contre la lèvre antérieure par suite de l'inclinaison du corps de l'utérus. Tampon de Vulliet. Pansement iodoformé.

26 septembre. Chute de la laminaire. On en introduit une autre. Même traitement.

Le 29. Autre laminaire. Utérus largement ouvert. Catarrhe utérin moins abondant. Utérus, 7 cent.

1^{er} octobre. Utérus, 8 cent. Tampon iodoformé.

Le 3. Même traitement.

Le 5. Idem. Encore un peu de catarrhe. Ulcération du col presque entièrement guérie. Encore quelques micro-organismes dans le mucus utérin. Les cultures examinées ont fourni des bactéries et des microcoques. On réensemence d'autres tubes.

Le 13. Ulcération guérie complètement. Plus de catarrhe utérin. L'utérus est complètement redressé.

L'opération d'Alexander, pratiquée le 19, produit un redressement complet de l'utérus. Premier pansement le 21 octobre. Réunion par première intention des deux plaies. Deuxième pansement le 26. Guérison complète. Sur les lamelles faites avec du mucus utérin, plus de micro-organismes.

OBS. XXI. — *Endométrite septique ulcéreuse d'origine puerpérale.* — *Traitement par les injections vaginales antiseptiques et la dilatation utérine.* — *Guérison.*

M^{me} Dequenne, entre le 22 octobre 1888, salle Chassaignac, lit 2, hôpital Bichat, service du Dr TERRIER. Malade depuis trois mois à la suite d'une fausse couche. Elle a eu quatre enfants. Deux fausses couches en huit mois. Métrorrhagies abondantes depuis la dernière ayant obligé la malade à s'aliter pendant huit jours.

Douleurs rénales et abdominales fréquentes. Jamais d'antisepsie vaginale.

24 octobre. Malgré les injections vaginales chaudes, léger suintement séro-sanguinolent persistant. Col déchiqueté. Trois déchirures. Utérus paraissant petit et mobile, sans déviation. 6 cent. à l'hystéromètre. Légère ulcération circulaire du col. Mucus utérin épais, jaunâtre, contenant quelques bactéries allongées. On place une laminaire dans l'utérus préalablement désinfecté, son introduction est facile.

Le 26. Autre laminaire. Écoulement purulent abondant.

Le 27. Dilatation avec tampons de Vulliet.

Le 28. Grosse laminaire.

Le 29. Pansement avec crayons iodoformés et tampons de Vulliet.

L'ulcération du col saigne facilement. Les jours suivants, on continue ce pansement qui détermine une disparition de l'écoulement purulent.

11 novembre. Catarrhe purement muqueux, transparent. L'ulcération du col est presque absolument guérie. Les douleurs abdominales sous l'influence du repos combiné à la dilatation ont disparu. On continue le traitement. La guérison complète est effectuée le 20 novembre, jour de la sortie de la malade. Plus de micro-organismes dans le mucus utérin.

OBS. XXII. — *Endométrite septique ulcéreuse d'origine puerpérale.*
— *Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation et les pansements intra-utérins.* — *Guérison.*

La nommée Graff, 30 ans. Un enfant il y a trois ans, accouchée sans précautions antiseptiques, par une sage-femme. Depuis cette époque, leucorrhée persistante. Règles régulières abondantes. Douleurs dans le bas-ventre. Gêne, pesanteur périnéale à la suite de fatigues.

8 août 1887. Cystocèle, rectocèle. Déchirure périnéale étendue. Cavité utérine normale. Catarrhe utérin abondant. Canal cervical rugueux. Ulcération des lèvres du col hypertrophiées. Ces ulcérations se prolongent en dedans. Injections vaginales antiseptiques. Pansement avec crayon iodoformé intra-utérin et ouate iodoformée. Le mucus utérin, épais, jaunâtre, contient des bactéries et des microcoques en grande quantité.

Le 12. Même traitement.

Le 15. Idem. Les jours suivants même pansement.

11 septembre. Catarrhe moins abondant. 7 cent. à l'hystéromètre. Introduction facile d'une laminaire fine ; tampons vaginaux iodoformés.

Le 12. Même aspect. L'utérus est très bas. On passe les bougies d'Hégar nos 4, 5 et 6. Le n° 7 passe plus difficilement. Pas de catarrhe. On laisse une grosse laminaire à demeure.

Le 17. L'hypertrophie des lèvres paraît diminuer sous l'influence du traitement.

Le 19. Ulcérations presque entièrement cicatrisées.

Le 22. Tampons de Vulliet dans le col.

Le 26. Pansements simples. Les jours suivants même traitement.

26 octobre. L'utérus est normal au toucher. Plus de catarrhe utérin. Les ulcérations cicatrisées n'empêchent pas l'introduction de l'hystéromètre qui donne 6 cent. 1/2 de longueur. La malade, n'ayant plus ni gêne, ni pesanteur dans le bas-ventre, demande à sortir. Plus de micro-organismes dans le mucus utérin soigneusement examiné et ensemené. Les cultures, au bout de quinze jours, sont encore muettes.

OBS. XXIII. — *Endométrite ulcéreuse d'origine puerpérale. — Ectropion des lèvres du col. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation utérine et l'opération de Schroeder. — Guérison.*

M^{me} Leroy, Richer-Marie, 30 ans, couturière, se présente à la consultation de l'hôpital Bichat le 9 juillet 1887. Elle a de l'hypertrophie du col avec ulcération des deux lèvres, de l'hystéralgie. Réglée à 15 ans. Menstruation régulière, mariée à 18 ans, elle a eu 4 grossesses normales.

Il y a dix mois, accouchement laborieux.

Six semaines après, pertes abondantes. On donna à la malade du seigle ergoté. Pas d'antiseptie vaginale.

Elle resta six mois couchée.

Elle se lève depuis deux mois. Douleurs abdominales surtout à gauche.

Règles douloureuses. La malade éprouve un certain soulagement les premiers jours qui suivent la cessation du flux menstruel. Aujourd'hui catarrhe utérin purulent très abondant. Le col est très entr'ouvert, on entre de suite dans la cavité utérine, 7 tampons de Vulliet et injections phéniquées chaudes, trois par jour.

12 juillet. La malade a eu une perte sanguine assez abondante. Le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac antérieur semblent remplis par une masse empâtée, immobilisant le col.

Cavité utérine, 9 centim. Les injections antiseptiques chaudes sont continuées.

La malade entre à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 20, service du Dr Terrier le 9 juillet.

16 août 1887. Pertes de sang abondantes, douleurs abdominales. Col énorme avec ulcération pénétrant dans l'orifice utérin. L'utérus présente 8 centim. à l'hystéromètre. Catarrhe utérin abondant. Le mucus épais, jaunâtre contient des bactéries allongées, et des micrococci en chainettes et isolés.

On dilate tous les deux jours la cavité utérine avec des tiges de gélosine et de guimauve.

Le 22. Même état. Plus de pertes sanguines. Même traitement.

Le 23. Catarrhe utérin moins épais sous l'influence de la dilatation. Lèvres du col en ectropion. Mêmes micro-organismes par l'examen microscopique du mucus utérin.

Le 24. Opération de Schroeder pratiquée par le Dr Richelot. Les suites de l'opération sont sans accident. Les règles sont venues à leur époque nor-

male, quatre jours après l'opération. Elles ont été abondantes. La malade est tenue au repos.

6 septembre. A l'examen au spéculum aspect très satisfaisant du col qui présente presque son état normal.

La lèvre antérieure est un peu rétractée et cicatricielle. La lèvre postérieure est encore un peu exulcérée à sa partie moyenne. Le cathétérisme utérin est facile avec l'hystéromètre rigide ou mou.

9 septembre. Bon aspect du col. La petite ulcération de la lèvre postérieure est touchée à la teinture d'iode.

Le 10. La malade sort sur sa demande.

Le 15. Col normal. Petit bourgeon sur la lèvre postérieure. Canal très perméable. A l'hystéromètre, 1 centim. 1/2.

Le 23. La guérison est complète. Le col restauré a son aspect normal avec quelques brides cicatricielles. Plus de catarrhe utérin. L'utérus a 5 centim. Bon état général.

Le 11 novembre. La malade est revue à Bichat par notre excellent collègue et ami le Dr Hallé. Cicatrisation complète. Pas d'atésie. Cathétérisme facile. Plus de pertes, plus de douleurs. Le mucus utérin tout à fait transparent ne contient aucun micro-organisme.

16 janvier 1888. Le même état excellent a persisté.

OBS. XXIV. — *Endométrite septique ulcéreuse hémorrhagique d'origine puerpérale. — Guérison par la dilatation utérine, le curetage et les injections vaginales antiseptiques.*

Dom..., Augustine, 34 ans. Entrée le 23 août 1887, salle Chassaignac, n° 9. Régée à 13 ans pour la 1^{re} fois, ses règles sont généralement abondantes et durent dix jours. Sept enfants, jamais d'antiseptie vaginale. Il y a 7 mois, une fausse couche de deux mois; la malade souffre depuis cette époque. Pertes successives. Quelques douleurs dans les reins, pas de douleurs dans le ventre. Constipation.

Utérus mobile, pas très volumineux. Col normal, lèvres entr'ouvertes.

Culs-de-sac libres. Au spéculum ulcération du col, catarrhe utérin purulent abondant. Ce catarrhe examiné, contient des bactéries allongées de 3 μ de longueur sur 1 μ de largeur, et des cocci arrondis de 1 μ de longueur et de 1/4 de μ pour l'épaisseur. Ces cocci sont en chainettes et isolés. Ensemencement dans tubes d'agar et de gélatine peptonisée.

26 août. Utérus, 7 cent. Dilatation avec éponge préparée.

Le 27. On introduit facilement une nouvelle éponge. Pas de douleurs. La malade qui perdait depuis quinze jours ne perd plus depuis qu'on la dilate.

Le 29. Curettage utérin. Les fongosités utérines examinées et colorées par le Gram contiennent les mêmes micro-organismes que le mucus utérin.

5 septembre. Un peu de catarrhe. Plus d'hémorrhagies. Pas de douleurs. Deux crayons d'iodoforme dans la cavité utérine. Les cultures examinées ont donné des bactéries liquéfiant la gélatine peptonisée et des cocci sous forme de petits grains jaunâtres ne liquéfiant pas celle-ci. Dans cultures sur plaques, on sépare ces deux micro-organismes.

Le 9. Encore un peu de catarrhe opaque. Ulcération framboisée circulaire de la lèvre antérieure. Crayons d'iodoforme.

Le 11. Dilatation avec bougies d'Hégar n° 5. Crayon iodoformé intra-utérin.

Le 12. Catarrhe blanc peu abondant. Légère érosion de la lèvre antérieure. Depuis l'opération cessation des pertes et des douleurs.

Le 15. Au toucher : col très diminué de volume, présentant un aspect normal. Au spéculum : col absolument sain, plus de traces d'ulcération. Catarrhe muqueux, blanchâtre, venant de la cavité du corps, peu abondant. Cathétérisme utérin, 7 cent. Deux tampons de Vulliet dans le col.

Le 17. Guérison complète. Plus de micro-organismes dans l'utérus de la malade à sa sortie.

La malade est revue le 30 septembre par notre ami le Dr Hallé. État excellent. Elle n'a pas eu encore ses règles.

L'utérin est un peu rugueux, difficile à franchir, 8 centim. à l'hystéromètre. Pas de catarrhe utérin.

14 octobre. La guérison s'est maintenue complète.

11 septembre 1887. Examen, cocci, bactéries.

Le 18. Quelques cocci disséminés.

Le 25. Trois ou quatre bactéries.

Le 30. Guérison.

OBS. XXV. — *Endométrite bactérienne ulcéreuse d'origine puerpérale. — Guérison par la dilatation utérine, les pansements et les injections vaginales antiseptiques.*

Bout..., 22 ans, entrée le 28 août 1887, salle Chassaignac, n° 20, hôpital Bichat, service de M. le Dr Terrier. Réglée à 10 ans. Règles régulières jusqu'en 1885. Pas d'antisepsie antérieure. Jamais d'injections vaginales.

Fausse couche il y a trois ans.

En octobre 1886 un accouchement pendant lequel la malade resta 7 heures en travail. Pas d'antisepsie. Depuis cette époque, douleurs abdominales vives, leucorrhée.

Depuis trois semaines pertes sanguines assez abondantes. Au toucher col à peu près normal, légèrement entr'ouvert. Petite ulcération circulaire pénétrant dans le col. Utérus, 5 cent. Douleurs abdominales s'irradiant vers la cuisse. On ordonne des injections vaginales chaudes au sublimé à 1 pour 2000.

1^{er} septembre. Cessation des pertes sanguines.

Le mucus utérin examiné contient une grande quantité de bactéries rectilignes de 2 à 3 μ de longueur sur 1 μ de largeur. Elles sont mobiles. Ensemencement de ce mucus dans des tubes de gélatine et d'agar peptonisé.

3 septembre. Catarrhe muco-purulent assez abondant. Petites ulcérations. Utérus, 6 cent. Dilatation avec tige de gentiane fine. Introduction difficile.

Le 5. Dilatation avec éponge moyenne. Introduction facile. Les cultures dans la gélatine sont en liquéfaction. Elles reproduisent des bactéries fines, grêles, allongées. Elles sont plus courtes et plus larges dans l'agar-agar.

Le 7. Col entr'ouvert. Peu de catarrhe. Tampons iodoformés. Teinture d'iode sur les ulcérations.

Le 9. Bon aspect. Ulcération limitée à la lèvre postérieure. Catarrhe blanc, épais, peu abondant. Tampons de Vulliet intra-utérins.

Le 12. Pas de catarrhe du corps. Crayons, tampons iodoformés. Utérus, 6 centim.

Le 17. Ulcération presque cicatrisée. Crayon iodoformé.

Le 19. Col complètement guéri. Le mucus examiné contient encore des bactéries, mais en moindre quantité. Laminaire fine dans l'utérus.

Le 23. Règles venues normalement pendant trois jours, arrêtées le 23. Col absolument normal. Aucune ulcération. Un peu de mucus. La malade sort guérie. Plus de bactéries dans le mucus utérin.

OBS. XXVI. — *Endométrite bactérienne ulcéreuse d'origine puerpérale. — Hypertrophie du col. — Guérison par la dilatation utérine, le curettage et les injections vaginales antiseptiques.*

.... Joséphine, entrée le 16 août 1887, salle Chassaignac, 26, hôpital Bichat, service de M. le Dr Terrier. Réglée à 10 ans 1/2, pour la 1^{re} fois. Règles toujours régulières. Première grossesse à 18 ans. La malade a eu 7 enfants ; le dernier, il y a six mois. Très bonne santé antérieure. Dernière grossesse très pénible. Pendant les six premiers mois, les règles venaient régulièrement, mais moins abondantes. Pertes blanches. Accouchement à terme à Lariboisière. Accouchement gémellaire, procidence de la jambe. Application de forceps. Perte après les couches. La malade se lève et marche 14 jours après son accouchement. Trois semaines après sa sortie de l'hôpital, la malade commence à éprouver des douleurs dans le ventre ; elle a des

perles de sang, en dehors des règles, deux fois par mois, au moins. Pertes blanches dans l'intervalle. Pas d'antisepsie vaginale.

Au spéculum : col hypertrophié, ulcération pénétrant dans l'intérieur de la cavité cervicale. Utérus, 9 cent., catarrhe purulent abondant. Son examen dénote la présence de bactéries allongées, très mobiles. Elles sont grêles. Ensemencements dans tubes d'agar et de gélatine peptonisée.

21 août 1887. Dilatation avec la laminaire, après injections chaudes vaginales, avec la solution de sublimé à 1 pour 2000.

Le 25. La laminaire est tombée dans le vagin.

Les cultures reproduisent les mêmes bactéries que celles trouvées après le 1^{er} examen de mucus utérin. Réensemencement de ces cultures.

Le 26. Dilatation avec éponge préparée ; on l'introduit facilement.

Le 27. Eponge plus volumineuse. Le mucus utérin contient une moins grande quantité des micro-organismes.

Le 29. Curettage utérin. Tampon de Vulliet dans le col.

Le 31. Les règles arrivent à leur époque ordinaire. Elles durent quatre jours. La 2^e culture de bactéries a reproduit des micro-organismes plus courts et plus larges que les premiers.

5 septembre. Ulcérations pénétrant dans la cavité du col. Bon aspect.

Deux crayons d'iodoforme dans la cavité utérine. Six tampons iodoformés dans le col.

Le 6. Hier assez vives douleurs rénales calmées ce matin.

Le 7. Bon aspect. Légère ulcération de la lèvre postérieure. Pas de catarrhe. Dix tampons iodoformés dans le col.

Le 10. Ulcération en voie de cicatrisation. Utérus gros, 9 centim. Dix tampons de Vulliet, introduits très facilement jusque dans la cavité. Un peu de rectocèle.

Le 11. Encore quelques maux de reins. Plus de catarrhe, légère ulcération de la lèvre antérieure. Tampon de Vulliet dans le col.

Depuis les dernières règles il n'y a pas eu de pertes.

Le 17. Col entièrement cicatrisé. Pas de catarrhe apparent. Utérus toujours gros, crayon iodoformé.

Le 20. Pas de catarrhe. La malade est complètement guérie. Elle quitte l'hôpital le 22 septembre.

Dans l'utérus, plus de bactéries.

OBS. XXVII. — *Endométrite cervicale ulcéreuse bactérienne d'origine puerpérale. — Guérison par la dilatation utérine, le curetage, l'amputation conoïde du col et les injections vaginales antiseptiques.*

Barrat, Solange, 43 ans, entrée le 1^{er} août 1887, salle Chassaignac, lit n° 6, hôpital Bichat, service de M. le Dr Terrier. Encore réglée. Trois enfants dont le dernier a 11 ans. Jamais d'antiseptie vaginale.

Depuis son dernier accouchement, flueurs blanches et sang en dehors des règles. Cautérisations faites en ville. Depuis trois mois, douleurs lombaires et pesanteur périnéale. *Toucher* : Col volumineux, lèvre antérieure très saillante, orifice entr'ouvert permettant l'introduction de l'extrémité de l'index ; contours mous, ulcérés, bride cicatricielle du col empiétant sur le cul-de-sac latéral gauche. Cul-de-sac latéral droit un peu plus douloureux, souple. Utérus en antéversion, peu volumineux, pertes blanches. Au spéculum, col ulcéré, sécrétion abondante, muco-purulente. Huit centim. à l'hystomètre. Lèvres hypertrophiées. Le mucus utérin examiné contient les mêmes bactéries que dans l'observation précédente. Ensemencement dans les tubes d'agar et de gélatine peptonisée. Ces cultures examinées le 6, dénotent dans la gélatine liquéfiée des bactéries plus courtes que les premières.

Le 12. Dilatation du col avec laminaire.

Le 16. Dilatation avec racine de gentiane.

Le 22. Le catarrhe est toujours très abondant, contenant des bactéries en grand nombre. Pertes séro-sanguines. Dilatation avec racine de guimauve.

Le 23. Même traitement.

Le 26. Dilatation avec éponge préparée.

Le 27. Anesthésie chloroformique. Dilatation extemporanée avec les bougies d'Hégar jusqu'au n° 10. Curettage avec curette tubulée. Tampons iodoformés dans le vagin.

Le 30. On pratique des injections vaginales chaudes antiseptiques.

2 septembre. Col encore entr'ouvert et ulcéré. Catarrhe toujours abondant et muco-purulent. Mêmes micro-organismes par l'examen microscopique. On touche à la teinture d'iode la cavité utérine.

5 septembre. La malade souffre encore un peu de l'abdomen. Catarrhe encore abondant. Col ulcéré. 5 tampons de Vulliet.

Le 6. La malade ayant encore une ulcération du col et du catarrhe probablement cervical, M. Richelot se décide à faire l'amputation conoïde du col. Sutures au catgut. Deux de chaque côté.

Le 17. Lèvre antérieure encore bourgeonnante.

Le 23. Utérus, 7 cent. Laminaire fine introduite facilement. Aspect irrég-

gulier. Large surface granuleuse, bordée par un bord festonné et irrégulier. Au centre, orifice difficile à voir, mais très facile à cathétériser. Pas de catarrhe. Plus de douleurs abdominales, ni de pesanteur périnéale.

Le 26. Introduction d'une laminaire courte. Tampons iodoformés.

Le 29. Crayons iodoformés. Tampons iodoformés.

1^{er} octobre. Introduction d'une laminaire. Pansement iodoformé. Cathétérisme très facile. Aucun catarrhe.

Le 24. Très bon état. Cathétérisme facile.

Les règles qui sont normales se terminent aujourd'hui. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a jamais atteint 38° de température.

OBS. XXVIII. — *Endométrite fongueuse, septique d'origine puerpérale. — Hypertrophie du col. — Curettage, résection des lèvres du col. — Traitement antiseptique. — Guérison.*

Lebouc..., âgée de 29 ans. Entre le 21 novembre 1887, salle Chassaignac, lit n° 2, hôpital Bichat, service de M. le Dr Terrier.

Antécédents héréditaires. — Une tante maternelle morte d'un cancer utérin à 32 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, bien réglée depuis.

Un enfant mort de méningite.

Une fausse couche de quatre mois survenue à la suite d'un coup de pied dans le ventre. Trois semaines après la fausse couche, on retira de l'utérus de la malade une masse putréfiée de la grosseur du poing.

La dernière couche remonte au 27 août 1886. Un mois avant l'accouchement, violente émotion.

À la suite de l'accouchement la malade perdit pendant 12 jours.

Au mois de septembre 1886, nouvelle hémorrhagie qui dure douze jours.

Elle entre à l'hôpital de Rouen où on aurait porté le diagnostic de pelvi-péritonite. Elle en sortit au mois de novembre.

Au mois de mars 1887, elle rentre de nouveau à l'hôpital de Rouen pour une perte qui dura quinze jours. Elle y resta 7 mois.

Pendant ce temps elle prétend n'avoir subi aucun traitement antiseptique, si ce n'est dans le dernier mois où on lui faisait des pansements utérins au salicylate de soude tous les deux jours. Ces pansements ont produit un amélioration notable, la malade cessa de perdre.

Après sa sortie de l'hôpital continuant à ressentir de vives douleurs dans le bas-ventre elle se décide à venir à Paris. Elle fit la route de Rouen à Paris à pied.

Le 21. La malade entre à l'hôpital. Dès son entrée, injections antiseptiques chaudes deux fois par jour, repos au lit.

Le 22. Elle se plaint de douleurs au ventre et dans les bombes. Elle a ses règles depuis sept jours.

Le 23. Les règles continuent.

Le 24. Elles sont moins abondantes.

Le 30. Pas de perte sanguine depuis deux jours. Les règles ont donc duré douze jours. On place une petite laminaire dans l'utérus.

3 décembre. Col entr'ouvert, hypertrophié. Catarrhe purulent de l'utérus. Pansement iodoformé. Le catarrhe examiné contient des bactéries allongées et des cocci arrondis. Les bactéries sont disposées sans ordre. Les cocci sont les uns isolés, les autres en chaînettes. On ensemence des tubes de gélatine avec ce mucus intra-utérin.

Le 4. Crayon iodoformé.

Le 5. Les deux lèvres du col hypertrophiées sont très saillantes. Crayon iodoformé.

Le 8. Les cultures examinées, les unes liquéfiantes contiennent des bactéries, les autres non liquéfiantes des cocci arrondis. Des plates cultures permettent de les isoler et de les réensemencer.

Le 10. La cavité interne a 8 cent. Grosse laminaire.

Le 12. Écoulement séreux, catarrhe très abondant, mêmes micro-organismes par l'examen du catarrhe.

Grosse laminaire. Introduction facile.

Le 14. Laminaire tombée dans le vagin. Catarrhe encore abondant. Grosse laminaire ayant grande tendance à sortir.

Le 19. Les règles ont commencé depuis vendredi. Pansement iodoformé.

Le 23. Très léger écoulement. Ne perd plus de sang. Grosse éponge préparée dans le col. Tampon iodoformé.

Le 24. Opération. Curettage de la cavité utérine et amputation des deux lèvres du col. Sutures au catgut. Les fongosités utérines examinées après le nettoyage contiennent des bactéries et des cocci. Les cellules épithéliales de la muqueuse en sont remplies. Dans les coupes d'utérus on reconnaît après coloration par le Weigert les mêmes micro-organismes ayant envahi la couche musculaire de l'organe.

Le 25. La malade va très bien.

18 janvier 1888. Cicatrisation presque complète. Cathétérisme utérin facile.

7 février. La malade sort guérie.

OBS. XXIX. — *Endométrite chronique ulcéreuse septique post partum. — Ectropion des lèvres. — Traitement par la dilatation utérine, les crayons iodoformés et les injections antiseptiques. — Amélioration notable.*

M^{me} Charpiot, 20 ans, lit 17, salle Chassaignac, hôpital Bichat, service du Dr Terrier. Régée à 13 ans. Menstruation régulière. Il y a 16 mois, elle a eu un enfant. Pas d'antiseptisme vaginale.

Depuis, pertes en blanc, surtout au moment des règles.

Pesanteur dans le bas-ventre. Douleurs vives dans l'abdomen.

4 novembre 1887. Depuis huit jours douleurs en urinant. Les grandes lèvres sont oedématisées. Leucorrhée abondante. Le méat urinaire est rouge, enflammé.

Le col est volumineux, ulcéré. Ectropion des lèvres du col.

L'utérus est légèrement dévié à gauche. L'hystéromètre donne 7 cent. Écoulement muco-purulent abondant à travers le col largement ouvert. On place un crayon d'iodoforme dans la cavité utérine, et un tampon vaginal d'ouate iodoformée.

L'examen du mucus utérin dénote la présence de cocci en chaînette et isolés et de bactéries longues et en croissant.

Le 7. Même état. Même traitement.

Ce traitement est continué jusqu'au 21 novembre. Il produit une diminution de l'écoulement utérin.

Le 11. On introduit une fine tige de laminaire iodoformée dans la cavité utérine. L'examen du mucus utérin dénote toujours la présence des mêmes micro-organismes.

Le 13. La laminaire est retirée et remplacée par un crayon iodoformé. Ces manœuvres ne sont pas suivies d'élévation de la température.

Le 21. On introduit une tige de laminaire moyenne.

Le 26. Cette tige est retirée et remplacée par une autre plus volumineuse. Pas de fièvre.

Le 30. Longueur de la cavité utérine : 10 cent. Ulcération des lèvres du col persistante. Encore un peu de catarrhe utérin. Introduction dans l'utérus d'un crayon iodoformé, pansement vaginal iodoformé.

3 décembre. Le col est très amélioré, même traitement. De plus, trois petits tampons de Vulliet dans la cavité cervicale.

Le 7. L'utérus présente une longueur de 7 cent. Cathétérisme facile. Plus de catarrhe du col ; même traitement.

Le 10. Plus de catarrhe du corps. Le col est hypertrophié et ulcéré, mais les ulcérations sont moins étendues. Même traitement.

Le 14. Plus de leucorrhée, plus de douleurs abdominales. Le col reste volumineux et saillant avec deux lèvres aplaties dont les ulcérations continuent à diminuer. 6 cent. 1/2 par le cathétérisme utérin. Même pansement.

Le 16. La malade quitte l'hôpital Bichat. L'amélioration est notable. Pansement iodoformé. Encore quelques micro-organismes dans le mucus utérin.

OBS. XXX. — *Endométrite fongueuse septique. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation utérine et le polissage utérin.*

M^{me} C..., 39 ans, toujours bien réglée. Fausse couche à 18 ans. Six mois après accouche avant terme. Depuis le mois de juin 1888, éprouve d'abondantes pertes blanches, douleurs abdominales vives. A l'examen le 4 août 1888 culs-de-sac vaginaux souples.

Éversion des deux lèvres. Prolapsus.

Utérus béant du volume d'une grossesse de trois mois. Mucus utérin épais, jaunâtre contenant des cocci et des bactéries. Traitement par les tampons intra-utérins, les injections vaginales chaudes à l'acide fluorhydrique à 5/1000 et le polissage utérin. Amélioration progressive. Guérison en 8 semaines au bout desquelles l'utérus est revenu à un volume inférieur à celui d'une multipare. Plus de micro-organismes par l'examen microscopique.

OBS. XXXI. — *Endométrite fongueuse hémorrhagique d'origine tuberculeuse. — Traitement par la dilatation, le curettage utérin et les injections antiseptiques. — Guérison.*

M^{me} Laval, Louise, 46 ans, concierge, entre le 22 avril 1887, salle Chassignac, lit 8, service du D^r Terrier. Mère morte d'une tumeur utérine à 55 ans. Père mort à 78 ans d'une bronchite chronique. Réglée à 17 ans difficilement. Menstruation irrégulière. Mariée à 19 ans. Six enfants, quatre morts en bas âge. Une fausse couche. Jamais d'antiseptie vaginale.

Il y a trois ans métrorrhagie abondante. Depuis cette époque, menstruation pénible.

22 août 1886. Douleurs dans le bas-ventre avec irradiations lombaires. Depuis cette époque leucorrhée fréquente, alternant avec un écoulement séreux inquiétant. C'est pour ces troubles que la malade entre à l'hôpital Bichat. Sa santé générale est bonne. Pas de toux. Rien aux poumons.

22 avril. Au spéculum, le col paraît gros ; il est entr'ouvert et admet pres-

que l'extrémité de l'index. Il existe un léger degré d'ectropion de la muqueuse. On voit sourdre de l'orifice externe un mucus purulent teinté de sang.

On ordonne des injections vaginales chaudes antiseptiques.

Le mucus contenu dans l'utérus montre une grande quantité de bacilles de la tuberculose. Il y en a de 10 à 20 dans chaque champ du microscope. Ils paraissent inclus dans les leucocytes, quelques-uns sont un peu granuleux et en amas. On ensemence de ce mucus dans des tubes de gélose glycinée.

Le 23. Introduction dans la cavité utérine d'une tige de laminaire iodoformée moyenne après injections vaginales avec la solution de bichlorure de mercure à 1/2000. Le cathétérisme utérin donne 6 cent. 1/2.

Le 25. La tige de laminaire est remplacée par une plus volumineuse facilement introduite.

Le 27. M. le Dr Richelot après chloroformisation, pratique le curettage utérin avec la curette tubulée. Pansement iodoformé. Les fongosités utérines enlevées contiennent le bacille de Koch.

Le 30. Injections vaginales au bichlorure.

6 mai. Cautérisation de la cavité utérine avec de la glycérine créosotée.

Le 10. Même cautérisation. Il n'y a pas d'écoulement utérin. Les jours suivants, amélioration persistante.

Le 20. La malade demande à quitter l'hôpital. Plus de leucorrhée plus d'écoulement séro-sanguinolent. Quelques douleurs dans le bas-ventre insignifiantes. L'examen du mucus utérin ne donne plus de micro-organismes.

OBS. XXXII. — *Endométrite hémorrhagique ulcéreuse septique post partum.* — *Traitement par la dilatation utérine, le curettage et les injections vaginales antiseptiques.* — *Guérison, par M. Péraire.*

Soury, Marie, 28 ans. Entrée le 31 juillet 1888, salle Chomel, 3, service du Dr Landrieux. Réglée à 15 ans 1/2, difficilement. Un enfant vivant à 20 ans. Accouchement normal. La malade s'est levée le lendemain de l'accouchement. Depuis cette époque leucorrhée fréquente; douleurs abdominales au moment des règles.

2^e grossesse à 22 ans. Accouchement normal aussi. La malade s'est levée aussi le lendemain de l'accouchement. Depuis cette époque, les règles sont irrégulières, se montrant deux fois par mois, déterminant des douleurs dans le petit bassin et dans les reins.

Il y a un mois métrorrhagie abondante, ayant persisté pendant trois se-

maines, et ayant forcé la malade à s'aliter. Pas de membranes expulsées. Jamais d'antisepsie vaginale.

4 août. Au toucher, l'utérus est en antéversion. Col entr'ouvert. Par l'examen au spéculum, col gros, congestionné, ulcération fongueuse du pourtour de l'orifice. Catarrhe purulent, abondant. Antisepsie vaginale et utérine. Le mucus examiné contient des bactéries allongées en grand nombre.

On introduit une tige de laminaire iodoformée dans l'utérus.

Tamponnement à l'ouate iodoformée.

Le 6. Temp normale ; on remplace la laminaire par une autre.

Le 7. Les règles arrivent ; elles sont moins douloureuses que d'habitude. Leucorrhée consécutive.

Le 11. Tige de laminaire iodoformée.

Le 14. Idem.

Le 17. Idem. La dilatation utérine est parfaitement supportée. L'utérus est redressé et décongestionné. Pas de fièvre. Catarrhe clair. L'ulcération est aplatie ; ligne cicatricielle manifeste autour d'elle.

Le 20. Je pratique le curettage utérin avec l'aide de mon excellent collègue Ischwald, et de M. Trognon, externe du service. La malade n'est pas chloroformisée. Badigeonnage de toute la cavité utérine avec la solution de cocaïne à 1/20. Le curettage est peu douloureux. Tamponnement utérin et vaginal iodoformé. Les fongosités examinées présentent des bactéries allongées, par la double coloration. Les jours suivants, température normale. Disparition des douleurs pelviennes et lombaires.

Le 23. Les tampons utérins tombent. On fait prendre à la malade des injections vaginales antiseptiques.

Le 30. La malade présente à l'examen un col utérin revenu à ses dimensions normales. L'ulcération est entièrement cicatrisée. Plus de catarrhe.

Le 31. Exeat.

Obs. XXXIII. — *Atrésie du col. — Endométrite végétante. — Curettage utérin. — Résection du col. — Guérison.*

La nommée Denis, Estelle, 22 ans giletière, entre le 3 juin 1887, hôpital Bichat, lit 30, salle Chassaignac, service du Dr Terrier.

Réglée à 12 ans, la malade est restée six mois avec aménorrhée complète. Depuis cette époque menstruation très irrégulière s'accompagnant de douleurs abdominales excessivement violentes. Jamais ni enfant ni fausse couche. Leucorrhée habituelle.

Soignée par le Dr Péan en 1883 ; on diagnostiqua ovarite et on plaça sur le ventre de la malade deux vésicatoires. En 1886 elle entra dans le service du Dr Siredey, à Lariboisière ; elle fut traitée pour une métrite, et une tumeur

ovarienne gauche ; on lui ordonna des douches et des pointes de feu sur l'abdomen ; elle resta sept semaines à l'hôpital et sortit non guérie. Elle entre le 3 juin à l'hôpital Bichat. Par le toucher vaginal on sent un col petit et mobile sur la partie latérale gauche de l'utérus et faisant un peu saillie dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une petite tumeur paraissant être un fibrome. A l'examen au spéculum on constate un catarrhe utérin très intense. L'hystéromètre enfoncé dans l'utérus ne peut pénétrer au delà de 3 centim. Le corps de l'utérus paraît hypertrophié.

5 juin. On met à demeure dans la cavité cervicale une tige de gélosine de 3 centimètres 1/2. La malade a de l'hyperesthésie utérine.

Le 6. Dilatation avec tige de laminaria qui ne peut pénétrer que dans la cavité cervicale. 7 centim. 1/2 à l'hystéromètre. Écoulement séreux.

Le 7. Autre tige de laminaria. Pénétration dans la cavité utérine facile. Légère douleur au moment de cette introduction. Miction difficile.

Le 8. Mêmes manipulations. 7 centim. à l'hystéromètre.

Le 10. Écoulement abondant de liquide roussâtre.

Les jours suivants la dilatation utérine faite avec de la laminaria iodoformée est continuée.

Le 14. Les règles apparaissent. Malgré elles, la dilatation continuée est parfaitement supportée. L'écoulement est purement séreux et peu abondant. Quelques gouttes de sang seulement. Cet écoulement dure deux jours seulement.

D'ordinaire, l'écoulement menstruel durait huit jours et était abondant et douloureux.

Le 22. Dilatation avec éponge préparée. Mucus utérin abondant.

Le 27. Même procédé de dilatation.

1^{er} juillet. Idem.

Le 2. Curettage de la cavité utérine, et résection du col suivie de suture au catgut, après anesthésie chloroformique. Les jours suivants, pas de fièvre.

Le 29. La malade quitte l'hôpital. Plus de douleurs abdominales. Plus de leucorrhée.

29 août. La malade est revue à l'hôpital Bichat, par le Dr Richelot. Atrésie de l'utérus ne permettant pas le passage de l'hystéromètre. Cica trice bourgeonnante au niveau de la résection des lèvres du col. La malade entre de nouveau à l'hôpital.

Depuis son opération, elle n'a plus eu ses règles. Peu de douleurs abdominales. Le ventre a beaucoup grossi depuis ces deux mois d'aménorrhée.

3 septembre. On recommence la dilatation utérine avec de fines lamineaires.

Le 11. L'utérus a 7 cent. Pas de catarrhe utérin.

Le 12. On passe dans l'utérus des sondes d'Hégar ; on termine par une grosse laminaire.

Le 13. Apparition des règles. La dilatation est continuée jusqu'au 20 septembre, jour de sortie de la malade. Ce jour-là la guérison est complète. Cathétérisme utérin très facile. Pas de catarrhe utérin.

Voici un cas de propagation directe des micro-organismes de l'utérus à la trompe de Fallope. Ces micro-organismes avaient amené l'occlusion du conduit tubaire et abouti à la formation d'une poche kystique remplie de pus.

Le 28 octobre 1887. Entrée au service du Dr Terrier, hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit 19, la nommée Viennot Vermand, 25 ans. L'affection tubo-ovarite diagnostiquée, l'opération de laparotomie fut pratiquée le 22 novembre, par le Dr Terrier. Nous renvoyons les détails symptomatiques et la description de l'opération à la thèse de notre ami le Dr Monprofit, p. 105. Nous nous bornerons à donner le résultat des-cultures faites avec le pus de la trompe kystique par nos bons amis MM. Hallé et Custariot et continuées par nous, l'examen du mucus utérin nous ayant fourni les mêmes micro-organismes que dans la trompe.

Le 22. Ensemencement dans le tube de gélatine du pus pris dans la trompe. On le place dans l'étuve à température constante.

Le 24. Ce tube présente sur une longueur de 2 centim. liquéfaction manifeste. Cette partie est plus trouble que celle située au-dessous.

On réensemence avec ce tube deux autres tubes de gélatine A et B. On en place un dans l'étuve à température constante.

Le 25 ce tube présente : liquéfaction, sur hauteur de 1 centim. Rien dans tube B.

Le 25, 3 plaques sont faites avec le tube ensemencé le 22 novembre.

Le 28 novembre. On constate dans tube A partie liquéfiée, nuage blanc.

Le 29 novembre l'examen de la plaque n° 3 dénote : 1° Dans points de liquéfaction : A. Grosses bactéries animées de mouvements lents, rythmiques. Ces bactéries sont disposées en quelques points bout à bout de façon à donner aspect de chaînettes. Elles sont allongées.

B. Cocci en nombre considérable, mouvements rapides, quelques-uns en chaînettes allongées. D'autres isolés.

Une lamelle sèche faite avec même point de liquéfaction, et colorée au violet de méthyle à l'eau fait voir bactéries et cocci. Ces derniers sont moins bien colorés que les bactéries. Sur les petits points blanchâtres de la même plaque 3, présence de cocci. Cocci sur lamelle sèche colorée au rubrum et préparée avec points blanchâtres de la même plaque.

Le 29. Le tube de gélatine ensemencé le 22 novembre est entièrement liquéfié. Au fond, nuage blanchâtre et portion intermédiaire à demi trouble.

Le tube de gélatine A ensemencé avec tube du 22 novembre présente le 29 novembre l'aspect suivant : 1° partie trouble liquéfiante ; 2° piqueté

blanchâtre intermédiaire ; 3° nuage blanc floconneux. Le tube B présente le 29 novembre : 1° partie trouble liquéfiant ; 2° atmosphère trouble se liquéfiant, autour de flocons blancs ; 3° nuage floconneux blanc ; 4° grains blancs, terminaux.

Le 29. Ensemencé dans 2 tubes de gélatine des points de liquéfaction pris sur plaque 3 et des points blancs, tubes C et D. 2 ensemencements dans chaque tube.

1^{er} décembre. On voit dans le tube C une cupule blanchâtre. Dans le tube D le long des deux traits d'ensemencement, 2 trainées blanches opaques.

Le 3. Dans le tube C, liquéfaction au-dessous, points blancs ; au-dessous de ceux-ci, flocon blanc.

Dans le tube D : 1° cylindre ressemblant à goutte de stéarine ; 2° fin piqueté blanc.

Le 6. Examen du tube C (partie liquide), donne bactéries allongées, quelques-unes en chaînettes. Elles sont volumineuses. Examen de tube D (prolongement blanc) donne cocci, quelques-uns isolés, les autres agglomérés, plusieurs diplocoques.

Le 8. Le tube C examiné sur lame porte-objet donne bactéries vivantes. Les plaques examinées le 8 décembre présentent des champignons de l'air. La plaque 1 liquéfiée en partie présente bactéries et cocci mêlés. On ensemence, sur tube de pomme de terre sur une des faces de pomme, partie liquéfiée de tube C, et sur l'autre tube D. Pas de cultures sur celles-ci.

Pièce n° 4. Série A. *Pyosalpingite*. 22 novembre 1887.

La pièce anatomo-pathologique examinée par le Dr Poupinel, se présente sous la forme d'une tumeur sphérique du volume d'une orange constituée aux dépens de la trompe de Fallope. Elle se compose : *Examen macroscopique* : 1° d'une poche principale à paroi fibro-vasculaire épaisse en moyenne de 3 à 5 millim. En son point le plus épais, situé au voisinage du pédicule utérin, la paroi mesure 15 à 20 millim. d'épaisseur. Elle présente là deux petites cavités du volume d'un petit pois. La surface interne de cette poche est tomenteuse par dépôt de pus qui la remplit (lamelles, cultures de pus pur aspiré, et de pus mélangé de sang ; 2° de 2 petites poches secondaires à contenu séreux développées en apparence dans l'épaisseur de la paroi du kyste principal et à paroi lisse sans relation directe avec le kyste purulent. La tumeur présente une surface de section du diamètre d'une pièce de 2 fr. environ (face postérieure du fond de l'utérus) et divers pédicules : l'un très vasculaire voisin de l'utérus, un autre presque à l'opposé du précédent et contenant dans son épaisseur un petit kyste transparent du volume d'un haricot (kyste du pavillon de la trompe). Après examen histologique fait par le Dr Poupinel, on peut conclure qu'il s'est agi dans cette tumeur d'une inflammation chronique de la trompe dans une plus ou moins grande

étendue, plus intense en un point, sans doute par suite de la présence de micro-organismes, ayant amené dans ce point l'occlusion du conduit tubaire et abouti à la formation d'une poche kystique remplie de pus. La formation de cette poche a englobé et déformé l'ovaire. Son développement est aussi vraisemblablement le point de départ de la formation de 2 kystes séreux secondaires (kystes par rétention développés dans les restes des organes de la période fœtale normaux dans les ligaments larges?).

OBS. XXXIV. — *Endométrite chronique d'origine tuberculeuse.*
— *Hypertrophie du col. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation, le curettage utérin et l'amputation du col. — Guérison.*

M^{me} Traul..., Anna (femme Gibbory), 39 ans, entre le 27 février 1888. salle Chassaignac, service du Dr Terrier. Réglée à 15 ans. Menstruation régulière et facile.

Mariée à 28 ans. Deux enfants bien portants. 1^{re} grossesse à 35 ans. Accouchement difficile au forceps.

Pas de précautions antiseptiques.

La santé habituelle était très bonne. Pas de maladies, si ce n'est abcès multiples à la jambe à l'âge de 36 ans. La malade a commencé à souffrir du ventre immédiatement après sa 2^e grossesse, lors du retour des règles, il y a 4 ans. En même temps, douleurs lombaires avec irradiations dans les cuisses et les jambes. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Le maximum des douleurs était 3 à 4 jours avant les règles ; les douleurs cessaient complètement pendant les règles, puis reprenaient, et allaient en diminuant pendant 15 jours.

Rapports sexuels très douloureux, plus tard insupportables. En même temps écoulement blanchâtre très abondant, légèrement teinté en rouge par moments. Pas de métrorrhagies véritables. Pas de troubles de la miction. Un peu de constipation. Depuis cette époque, les douleurs et l'écoulement ont conservé les mêmes caractères. La malade a dû cesser depuis 18 mois sa profession de piqueuse à la machine. Douleurs intolérables provoquées par les mouvements des jambes. Actuellement, douleurs avec pesanteur périnéale.

Irradiations douloureuses dans les reins, le flanc droit et la face interne des cuisses. Écoulement blanchâtre contenant des bacilles de la tuberculose très nettement visibles par le procédé d'Ehrlich.

1^{er} mars. Diminution des douleurs depuis que la malade est au repos. Pesanteur périnéale. Au toucher, col gros, à large orifice.

Les lèvres du col sont boursouflées. Rien dans les culs-de-sac. Utérus

dévié fortement. Le col regarde à droite. Utérus = 6 centim. Lavages antiseptiques. Laminaires.

Tampons iodoformés.

Le 5. 2^e linaire.

Le 9. Les règles arrivent avec cinq jours d'avance. Éponge préparée dans l'utérus.

Le 16. Fin des règles.

Le 17. L'éponge préparée laissée en place pendant les règles est retirée. Le doigt entre facilement dans la cavité utérine. Petite éponge au fond de l'utérus. Le mucus utérin recueilli sur l'éponge renferme des bacilles tuberculeux en petit nombre, un peu granuleux.

Le 19. Opération : 1^o curettage de l'utérus. Écoulement sanguin, presque nul. Grande dureté des parois ; 2^o amputation des lèvres du col. Sutures transversales au catgut. L'ouverture du col est assurée par un drain. Tampons iodoformés. Pansement. Les jours suivants la malade va très bien. Les coupes utérines reproduisent le bacille de Koch, après examen pratiqué le 12 avril. Quatre à cinq sont très sensibles.

13 avril. La malade est guérie.

OBS. XXXV. — *Endométrite ulcéreuse chronique d'origine tuberculeuse. — Hypertrophie du col. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation utérine, le curettage et la résection du col. — Guérison.*

La nommée Maine, Joséphine (femme Petit), 26 ans, entre le 16 avril 1888, salle Chassaignac, lit 11, service du Dr Terrier, hôpital Bichat. Régée à 15 ans. Les règles ont été irrégulières jusqu'à 18 ans, abondantes pendant 6 à 7 jours, avec douleurs abdominales vives. Leucorrhée depuis l'établissement de la menstruation. Mariée à 18 ans : 3 enfants. 1^{er} enfant à 19 ans. A 20 ans, fièvre typhoïde avec pleurésie consécutive grave. Trois mois de maladie. 2^e enfant à 23 ans. 3^e enfant à 25 ans. Grossesse moins bonne que les deux autres. Depuis la 2^e grossesse, elle a commencé à souffrir de l'abdomen surtout à droite. La leucorrhée et les douleurs ont augmenté depuis la 3^e couche.

Douleurs dans le bas-ventre continuelles, avec pesanteur, et irradiations dans les reins, le périnée et la face interne des cuisses. Marche et position assise très douloureuses.

Le 16. Utérus en antéverson, incliné à droite. 7 cent. 5 1/2 à l'hystéromètre. Mobilité de l'utérus. Col gros, mou, largement ouvert, avec exulcération des deux lèvres en ectropion. Catarrhe purulent abondant contenant des bacilles de la tuberculose. On pratique des injections antiseptiques.

Le 21. Laminaire moyenne. Elle entre facilement.

Le 23. Laminaire plus grosse.

Le 25. Règles, douleurs comme d'habitude.

Le 27. Idem.

1^{er} mai. Règles terminées. On recommence la dilatation. Petite laminaire.

Le 4. Laminaire retirée. 8 cent. 1/2 à l'hystéromètre. Autre laminaire moyenne.

Le 8. Idem. Catarrhe utérin, plus clair. Les jours suivants on continue la dilatation.

Le 25. Opération : Curettage utérin ; et amputation du col. Sutures au catgut. Les suites opératoires ne laissent rien à désirer.

Le 18. La malade va aussi bien que possible. Plus de catarrhe utérin. Plus de douleurs abdominales. Dans l'utérus le mucus difficile à prendre ne contient plus de bacilles.

13 juin. Elle sort guérie. Les coupes utérines pratiquées le 16 août et examinées le 21 contiennent des bacilles de Koch en fort petit nombre.

OBS. XXXVI. — *Endométrite tuberculeuse. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation utérine et le curettage. — Guérison.*

M^{me} A..., 35 ans, a eu deux enfants à terme, le dernier il y a quatre ans.

Fausse couche de quatre mois il y a un an. La malade est sujette à s'enrhumer.

Sommet droit suspect. Depuis sa fausse couche, elle se plaint de douleurs abdominales, de fleurs blanches très abondantes.

Les règles ne sont pas abondantes, mais elles sont revenues à plusieurs reprises dans l'époque intermenstruelle. Traitée par des scarifications du col, des cautérisations cervicales et intra-utérines, par l'hydrothérapie, l'amélioration n'a été que momentanée.

Le 1^{er} mars 1888. Nous trouvons que les annexes sont saines. L'utérus est gros et lourd ; 7 centim. à l'hystéromètre. Il est un peu abaissé.

Le col est très volumineux. Catarrhe utérin muco-purulent abondant.

L'examen histologique et bactériologique du muco-pus contenu dans l'utérus montre une grande quantité de bacilles de la tuberculose. Il y en a de 10 à 20 dans chaque champ du microscope à 400 diamètres. Ces bacilles sont souvent en amas et un peu granuleux, comme on le rencontre dans certains spécimens de crachats. Pendant tout le mois de mars, d'avril et de mai, nous ordonnons des injections vaginales avec la solution d'acide fluorhydrique à 5/2000. En même temps, nous dilatons tous les deux jours l'uté-

rus de la malade avec des tiges de gentiane trempées dans la solution à 1/10 d'éther au bichlorure de mercure.

Ce traitement fait diminuer l'écoulement purulent qui devient en mai très clair et dépourvu de micro-organismes. Malgré cela, curettage utérin pratiqué le 12 mai avec les procédés ordinaires.

A la fin du mois de mai, tout écoulement a cessé, les douleurs abdominales n'existent plus.

Le mucus utérin examiné ne contient plus de bacilles de Koch.

Nous en avons vainement cherché aussi dans les débris de muqueuse enlevés par le curettage.

Depuis nous avons eu l'occasion de revoir la malade. La guérison s'est maintenue complète.

Les règles sont revenues à partir du mois de juillet ; et sont tout à fait normales.

OBS. XXXVII. — *Endométrite tuberculeuse. — Traitement par les injections vaginales antiseptiques, la dilatation utérine, le curettage et le polissage utérin. — Guérison.*

M^{me} T., 41 ans, bonne santé habituelle jusqu'à 35 ans. Depuis cette époque trois fausses couches ; la dernière il y a trois ans. Il y a un an, le mari de la malade atteint de tuberculose génitale est mort de tuberculose pulmonaire aiguë. La malade se plaint depuis l'âge de 30 ans (époque de sa première fausse couche) de douleurs abdominales vives et de leucorrhée très abondante alternant avec des hémorrhagies.

Examinée le 20 juillet 1888, le même état persiste. Le col énorme est congestionné. L'utérus est gros et lourd, très peu mobile. Masses inflammatoires dans les ligaments larges.

Le mucus utérin jaunâtre, épais, examiné, contient des bacilles de Koch. On ordonne des injections vaginales avec la solution d'acide fluorhydrique et on place tous les 2 jours dans l'utérus des tiges de guimauve.

Chaque pansement intra-utérin amène une diminution de l'écoulement sanguin. En cinq semaines, l'organe a repris son volume normal. Plus d'hémorrhagies utérines. Ce traitement est continué jusqu'au 26 août. A cette époque, le mucus utérin examiné ne contient plus de micro-organismes. Malgré cela, curettage et polissage utérin le 27 août.

18 septembre. La guérison est complète. Plus de bacilles de la tuberculose dans le mucus utérin. Quelques-uns dans les coupes provenant des débris de la muqueuse curettée.

En octobre, la guérison s'est maintenue complète.

1. — Seigneur, 25 ans, blanchisseuse. Endométrite chronique, ulcéreuse septique, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet tous les deux jours et injections au sublimé à 1 gr. pour 2000, deux par jour. Surveillance du 6 mars 1886 au 28 avril, à l'hôpital Beaujon, service du Dr Labbé. Guérison.

2. — Darquert, Marie, 32 ans, couturière. Endométrite cervicale ulcéreuse septique, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet tous les deux jours et injections au sublimé à 1 gr. pour 2000, deux par jour. Surveillance du 2 mars au 29 avril, à l'hôpital Beaujon, service du Dr Labbé. Guérison.

3. — Autain, Joséphine, 18 ans, femme de chambre. Endométrite cervicale ulcéreuse septique, origine gonorrhéique. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet tous les deux jours et injections au sublimé à 1 gr. pour 2000, deux par jour. Surveillance du 2 mars au 29 avril, à l'hôpital Beaujon, service du Dr Labbé. Guérison.

4. — Huel, 41 ans, cuisinière. Périmérite, éversion des 2 lèvres du col. Endométrite ulcéreuse chronique, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet tous les deux jours et injections au sublimé à 1 gr. pour 2000, deux par jour. Surveillance du 2 mars au 29 avril, à l'hôpital Beaujon, service du Dr Labbé. Amélioration.

5. — Delcourt, 36 ans, journalière. Endométrite ulcéreuse chronique. Lacération des lèvres du col. Rétroversion, hystéralgie, origine puerpérale. Tampons de Vulliet et crayons iodoformés, deux fois par semaine. Injections au bichlorure à 1/2000, deux fois par jour. Surveillance du 10 janvier 1887 au 18 juillet, service du Dr Terrier, hôpital Bichat. Revue le 12 septembre. Guérison.

6. — Vion, 22 ans. Endométrite chronique ulcéreuse, origine puerpérale. Surveillance du 24 janvier 1887 au 11 juillet 1887.

7. — Paris, Augustine, 23 ans. Antéflexion, endométrite cervicale, ulcération à la lèvre antérieure, origine puerpérale. Surveillance du 17 janvier 1887 au 18 juillet. Revue le 29 août.

8. — Vidgrain, 38 ans. Myomérite ulcéreuse. Hystéralgie, origine puerpérale. Surveillance du 22 avril au 9 juin 1887. Revue le 30 octobre. Guérison.

9. — Lesage, 30 ans, journalière. Endométrite ganuleuse chronique septique, ulcération de la lèvre antérieure, origine gonorrhéique. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections au bichlorure à 1 gr. pour 2000. Surveillance du 28 mai au 10 juin 1887. Guérison.

10. — Scheblin, 39 ans. Endométrite hémorrhagique, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections au bichlorure à 1 gr. pour 2000. Surveillance du 20 juin au 18 juillet. Guérison.

11. — Pentz, 35 ans. Endométrite chronique ulcéreuse, origine puerpé-

rale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections au bichlorure à 1 gr. p. 2000. Surveillance du 7 janvier au 18 juillet. Amélioration.

12. — Cadoret, 28 ans, femme de ménage. Endométrite chronique septique ulcéreuse, hystéralgie, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections au bichlorure à 1 gr. p. 2000. Surveillance du 7 janvier au 18 juillet. Guérison.

13. — Parfont, 26 ans. Endométrite chronique septique ulcéreuse, hystéralgie, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections au bichlorure à 1 gr. p. 2000. Surveillance janvier et février. Guérison.

14. — Béguin, 32 ans. Endométrite chronique septique, ulcération de la lèvre antérieure, congestion intense du col, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections au bichlorure à 1 gr. p. 2000. Surveillance du 7 janvier au 22 juillet. Revue le 14 octobre 1887 par le Dr Hallé, col sain.

15. — Fougères, 21 ans, bijoutière. Endométrite cervicale, atrésie du col, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections au bichlorure à 1 gr. p. 2000 et tiges de laminaire. Surveillance du 13 mai au 8 juillet. Revue en novembre. Guérison.

16. — Boussard, 29 ans, couturière. Endométrite chronique septique, ulcération de la lèvre antérieure, hystéralgie, déchirure du périnée, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections de bichlorure 1 gr. pour 2000. Surveillance du 6 mars au 13 juillet. Guérison.

17. — Bourgade, 30 ans, employée de commerce. Endométrite chronique ulcéreuse septique, hystéralgie, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections de bichlorure 1 gr. pour 2000. Surveillance du 3 juin au 13 juillet. Guérison.

18. — Dugimont, 26 ans. Endométrite végétante septique, ulcération du pourtour de l'orifice, origine puerpérale. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections de bichlorure 1 gr. pour 2000. Surveillance du 8 au 15 juillet. Amélioration.

19. — Roche, 42 ans, journalière. Hypertrophie du col, ulcération de la lèvre postérieure, origine puerpérale, 3 enfants. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections de bichlorure 1 gr. pour 2000. Surveillance du 7 janvier 1887 au 4 mars. Guérison.

20. — Neiter, 28 ans. Endométrite chronique, ulcération de la lèvre antérieure, origine gonorrhéique. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections de bichlorure 1 gr. pour 2000. Surveillance du 14 janvier au 1^{er} avril. Guérison.

21. — Chias, 34 ans. Cystocèle. Rectocèle. Endométrite chronique ulcéreuse (pourtour de l'orifice), origine puerpérale (4 enfants, le dernier il y a six mois). Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections de bi-

chlorure 1 gr. pour 2000. Surveillance du 16 novembre au 30 janvier 1888. Guérison.

22. — Bossu, 30 ans. Endométrite chronique, lacération double du col, origine puerpérale, 7 enfants, 2 fausses couches. Traitement intra-utérin. Tampons de Vulliet et injections de bichlorure 1 gr. pour 2000. Surveillance du 25 mars 1887 au 27 mai 1887. Guérison.

23. — Louis, 43 ans, journalière. Vaginite, endométrite chronique consécutive, origine blennorrhagique. Traitement, injections au bichlorure à 1/2000, tampons de Vulliet. Surveillance du 5 août 1887 au 4 novembre. Guérison.

24. — Julie André, 18 ans. Vaginite, endométrite chronique consécutive, ulcération du pourtour de l'orifice, origine blennorrhagique. Examen le 11 novembre et le 14 gonocoques, cultures de gonocoques sur agar. Traitement, injections au bichlorure à 1/2000, tampons de Vulliet. Surveillance du 11 novembre 1887 au 30 novembre. Amélioration.

25. — Fardet, Jeanne, 17 ans. Vaginite, endométrite chronique consécutive, ulcération du pourtour de l'orifice, examen le 7 décembre, gonocoques. Traitement, injections au bichlorure à 1/2000, tampons de Vulliet. Surveillance du 6 décembre 1887 au 30 janvier 1888. Amélioration.

26. — Girardot, 18 ans. Vagino-mérite blennorrhagique, examen le 13 septembre. Gonocoques dans le pus urétral, le liquide vaginal et le mucus utérin. Le 19 septembre id., cultures très nettes. Traitement, injections au bichlorure de mercure à 1/2000 et crayons au bichlorure intra-utérins. Surveillance du 9 septembre 1887 au 27 janvier 1888. Le 15 octobre plus de gonocoques dans le mucus utérin. Revue en janvier 1888. Guérison maintenue.

27. — Bourdin, 41 ans. Endométrite chronique, exulcération des deux lèvres du col, catarrhe muqueux, origine puerpérale, quelques bactéries courtes, cocci isolés en petit nombre. Traitement, injections au bichlorure à 1/2000, crayons iodoformés. Surveillance du 6 septembre au 29 septembre. Guérison.

28. — Meyer, 26 ans. Rétroversion. Endométrite cervicale (ulcération du pourtour de l'orifice), origine puerpérale (1 enfant il y a 5 ans, fausse couche il y a 3 mois), bactéries courtes, le 3 septembre liquéfaction dans gélatine après ensemencement au bout de 8 jours, mêmes bactéries dans tube de gélatine. Traitement, injections antiseptiques. Tampons de Vulliet, crayons iodoformés. Surveillance du 2 septembre 1887 au 14 octobre. Guérison, plus de micro-organismes le 30 septembre.

29. — Reverdy, 24 ans. Endométrite cervicale (ulcération du pourtour de l'orifice), origine puerpérale (3 enfants, le dernier le 12 novembre 1886), bactéries courtes, le 3 septembre liquéfaction dans gélatine après ensemencement au bout de 8 jours, mêmes bactéries dans tube de gélatine. Traitement, injections antiseptiques. Tampons de Vulliet, crayons iodoformés. Surveillance du 29 octobre au 1^{er} décembre. Guérison, plus de micro-organismes le 30 septembre.

30. — Cartier, Marie, 22 ans. Endométrite chronique, atrésie du col, ulcération de la lèvre antérieure. Traitement, injections antiseptiques. Tampons de Vulliet, crayons iodoformés, bougies d'Hégar, tiges de gélosine et de laminaire. Surveillance du 2 septembre au 9 octobre. Guérison.

Curettage utérin après dilatation progressive avec la laminaire, l'éponge préparée iodoformée, et autres opérations pratiquées sur le vagin, sur le col, ou sur les annexes.

31. — Devaux, Félicie, 35 ans, journalière. Endométrite chronique septique ulcéreuse, origine puerpérale. Traitement, curettage utérin le 17 septembre. Surveillance du 26 août 1887 au 2 octobre. Guérison.

32. — Thenilleur (femme Gaury), 26 ans. Endométrite chronique ulcéreuse (intra cervicale), origine gonorrhéique, découverte des gonocoques le 19 décembre et le 7 janvier, cultures sur agar, lamelles conservées. Traitement, curettage utérin le 13 janvier 1888. Surveillance du 19 décembre 1887, au 4 février 1888. Guérison, plus de catharrhe, plus de gonocoques à sa sortie.

33. — Robillet, Octavie, 39 ans. Endométrite chronique ulcéreuse (pourtour de l'orifice), atrésie du col, origine puerpérale. Traitement, curettage utérin et opération de Schroeder le 25 février. Surveillance du 19 janvier 1888 au 24 mars. Guérison.

34. — Comte, Amélie, 43 ans. Cystocèle, prolapsus utérin, lacération double du col. Endométrite chronique septique, origine septique, le 14 janvier, découverte de cocci isolés, cultures sur agar et gélatine. Traitement, curettage utérin, colporrhaphie antérieure, opération de Schroeder le 5 mars. Surveillance du 14 janvier 1888 au 30 mars. Plus de micro-organismes, Guérison. Tubes de gélatine et d'agar,ensemencés le 30 mars ne donnent pas de cultures.

35. — Duboulay, Alphonsine, 34 ans. Endométrite chronique ulcéreuse, éversion des deux lèvres, origine gonorrhéique. Traitement, curettage utérin le 11 février. Surveillance du 16 janvier au 20 février. Sortie sur sa demande, amélioration, encore un peu de catarrhe utérin sans gonocoques.

36. — Potier, Hyacinthe, 27 ans, journalière. Éversion et lacération bilatérale du col, endométrite chronique, origine septique, cocci en janvier, diminution en février, cultures sur agar et gélatine donnent chapelet de grains jaunes. Traitement, curettage utérin, amputation du col le 18 février. Surveillance du 23 janvier 1888 au 16 mars. Guérison.

37. — Terrasson, Marie, 27 ans. Lacération double du col, prolapsus utérin, endométrite chronique, origine puerpérale. Traitement, curettage utérin, amputation du col le 7 avril. Surveillance du 23 février au 3 mai. Guérison.

38. — Herbert (née Richard), 25 ans, cuisinière. Rétroversion, ectropion des lèvres du col, endométrite chronique, origine septique, cocci isolés et en chaînettes, bactéries courtes. Cultures sur agar donnent chapelet de grains jaunâtres fins (cocci); sur gélatine, liquéfaction (bactéries). Traitement, curettage utérin, amputation du col, le 10 mai. Surveillance du 9 avril au 3 juin. Guérison.

39. — Lesieur, Adeline, (femme Gigon), 41 ans, ménagère. Endométrite chronique ulcéreuse, hypertrophie du col, origine puerpérale. Traitement, curettage utérin, amputation du col le 18 mai 1888. Surveillance du 13 avril 1888 au 3 juin. Guérison.

CONCLUSIONS

Parvenu au terme de cette étude, il ne nous paraît pas inutile de chercher à en dégager un certain nombre de conclusions :

I. — Toutes les endométrites sont septiques.

II. — Les micro-organismes qui les engendrent sont les uns des cocci et des bactéries ; les autres des gonocoques de Neisser, les autres enfin des bacilles de Koch.

III. — Ceux-ci pénètrent non seulement dans la muqueuse utérine, mais aussi dans le tissu sous-muqueux et le tissu musculaire ; toute intervention en vue de les détruire doit donc agir profondément.

IV. — C'est aux pansements intra-utérins, c'est à la dilatation artificielle et au curettage utérin que l'on doit avoir recours dans les endométrites.

V. — La méthode antiseptique mise en œuvre dans toute sa rigueur, rendra inoffensive et efficace toute intervention.

VI. — Quant aux indications : Le traitement par la dilatation simple de la cavité utérine ou par les crayons médicamenteux, dont nous avons donné la formule, sera réservé aux endométrites récentes, aux érosions du pourtour de l'orifice. Mais lorsqu'on voudra agir profondément sur la muqueuse utérine, et sur toute la musculature de l'utérus, lorsqu'on voudra déloger des utricules glandulaires les micro-organismes qui y séjournent volontiers comme dans ceux de

l'urèthre postérieur, ce n'est pas à l'écouvillonnage que l'on aura recours, mais au curettage utérin.

VII. — Dans les cas où la guérison ne s'effectuerait pas par ces différents procédés, c'est que l'infection de l'utérus se ferait secondairement par les trompes. Il faudrait alors songer à faire l'ablation par la laparotomie des annexes de l'utérus.

BIBLIOGRAPHIE

- Hippocrate.** — Œuvres complètes, traduct. de Littré.
- Samuel Lair.** — *Nouvelle méthode de traitement des ulcérations de la matrice.* Paris, 1828.
1885. **Herff de Darmstadt.** — Klin. Woch., n° 25. Berlin, 1888.
1877. Juillet. — Médical record. *Susdorff.*
- Courty.** — *Traité des maladies de l'utérus.*
- Haussmann.** — Zeitschrift für Gynäk.
1873. **Thompson.** — Columbia Hosp. report. Washington, 1873.
- Thomas (G).** — Diseases of Women. Philadelp., 1872.
- Ward.** — Medical News. Philadel., nov. 1876.
- Seyfert.** — Philadelp. Med. Times, 1876.
- Schroeder.** — *Maladies des organes génitaux de la femme.*
- Vuillet.** — Bulletin de l'Académie de médecine, 12 octobre 1886. Charpentier, rapporteur.
- Sloan.** — Medical Times, 1863.
- Lawson Tait.** — Obst. J. of Op. Brit., 1879.
- Hégar** (de Fribourg). — *Traité de gynécologie opératoire.*
- Mackintosh** (d'Edimbourg). — *Pratic of physician.* London, 1836.
- Simpson.** — Monthly Journal of med. sciences, 1844.
- Sabail.** — Nouvelles archives d'obst. et de gyn., 25 août 1886.
- Aveling.** — British med. journ., janvier 1886.
- Fritsch.** — Centralblatt für Gynäk., 1879.
- Cortigüera.** — Correo medico de Salamanca, avril 1886.
- Soto y Alfaro.** — Thèse de Paris, 1885.
- Goelet.** — Medical News, avril 1886.
- Graily Hewitt.** — Diseases of Women. Londres, 1872.
- Brissay.** — *Fragments de chirurgie et de gynéc. opérat.* Paris, 1887, p. 108.
- Terrillon.** — *Mérite hémorrhagique et curage de l'utérus.* Bulletin méd., 3 août 1887, p. 707.
- Hégar et Kaltenbach.** — *Traité de gynéc. opér.* Traduct. P. Bar. Paris, 1885, p. 420.
- Emmet.** — *Pratique des maladies des femmes.* Traduct. Ollivier. Paris, 1887, p. 459.
- Porak.** — *Considérations sur les tentes aseptiques et sur leur emploi dans le traitement de l'endométrite.* (Nouvelles archives d'obstétr. et de gynécol., juin,

- juillet, août 1887, p. 253 et suiv., et Journal de méd. de Paris, 15 mai 1887, p. 745.
- Dolérus.** — *De l'endométrite et de son traitement.* Nouvelles archives d'obstétr. et de gynéc., février, mars 1887.
- Dolérus.** — *Dilatat. utérine dans l'endométrite légère et les névralgies pelviennes.* Nouvelles archives d'obstétr. et de gynéc., janvier 1887.
- Dr G. Roy.** — *Laminaria dans l'antéflexion de l'utérus.* The arch. of gynecol., février 1886.
- Jouin.** — In annales de gynéc. et d'obstétr., t. XXVIII, septembre 1887, p. 213.
- Mundé.** — *Médication intra-utérine.* Journal méd. de New-York, 5 février, p. 143, résumé et traduct. par le D^r E. Thomas, de Genève.
- Loppé.** — *Antisepsie et gynécologie.* Th., Paris, 1888.
- Brun.** — *Accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques.* Th., Paris, 1886.
- Vuillet.** — *Cours de gynécologie opératoire. Antisepsie.* In Journal de méd. de Paris, vol. XII, n° 25, 19 juin 1887.
- Pozzi.** — *Antisepsie et gynécologie.* Progrès médic., 7 janvier 1888.
- Fraipont.** — (In Gaz. de gynéc. Ménière), 1^{er} mai 1887, p. 142.
- Veper.** — Th. de doctorat. Paris, 1887.
- Despréaux.** — *Curettage de l'utérus.* Indicat. et technique. Th., Paris, 1888.
- Desmoulin.** — *Curettage de la cavité utérine comme traitement de la métrite hémorrhagique.* Th., Paris, 1887.
- Fournier.** — *Traitement des métrites chroniques.* Th., Paris, 1887.
- Boureau.** — *Curage dans l'endométrite du corps de l'utérus.* Th., Paris, 1888.
- Mouchet.** — *De l'endométrite au point de vue anatomo-pathologique.* Th., Paris, 1888.
- Park.** — *Thérapeutique intra-utérine.* Annales de gynéc. et d'obstétr., t. XXVIII, octobre 1887. Société obstétr. de Glasgow, p. 310 et 311.
- Hallé.** — Gazette des hôpit., 11 février 1888, n° 18.
- Poney.** — Th. 1888.
- Doederlein.** — Archiv. für Gynæcology, Bd XXXI, heft VII.
- Bumm.** — *Micro-organismes des catarrhes blennorrhagiques des muqueuses,* 2^e éd. Wiesbad, 1886. Centbl. f. gynäk., n° 7, 1887.
- Schwartz.** — *Blennorrhagie chez la femme.* Centralbl. f. gynäk., n° 8, 1887.
- Vedeler.** — *Du gonococcus dans l'endométrite* (Magasin norvégien des sciences méd. Travaux de 1885, p. 226. Archives méd. du Nord, t. XVIII, 2^e fasc., p. 36.
- Bories.** — *Endométrite blennorrhagique.* Bulletin médical, 9 novembre 1887, p. 1021. Congrès de Toulouse.
- Crivelli.** — Th., Paris, 1886.
- Anatomie pathologique des métrites,* Leçons du professeur Cornil à l'Hôtel-Dieu. Lésions tuberculeuses du corps de l'utérus, in Journal des connaissances méd., n° 30, 26 juillet 1888, p. 234.
- Derville.** — Th., Paris, 1888.
- Hégar.** — Centbl. f. Gynäk., 1887. n° 5.

- Taliaferro (V. H).** — *Dilatation utérine par le tampon dans l'endométrite.*
Atlanta med. and Surg. J., oct. 1886.
- Vuillet.** — *Dilatat. utérine par le tamponnement progressif.* In Journal de médecine de Paris, n° 4, 24 juillet 1887, p. 120. Medical Times, II, p. 558-559.
- Lawson Tait.** — Obstetrical Transactions, vol. XXI (1879), The medical Record, p. 383. Monthly Journal of med. sciences, p. 734 (prof. Simpson).
- Fritsch (H).** — Centrbl. f. Gynäk., 1879, n° 25. *Dilatateurs utérins.*
- Cazeaux.** — *Traité des accouchements*, revu par Tarnier, p. 1057.
- Dr W. H. Wathen** (Louisville). — Congrès de Washington. In Annales de gynécologie et d'obstétr., t. XXVIII, octobre 1887, p. 294.
- Herff de Darmstadt.** — In Klin. Wochenschrift, 1885, n° 25.
- Fraipont.** — In Revue gén de clin. et thérapeut., 20 novembre 1887, n° 33, p. 557.
- Dr P. Villemin.** — In Journal des connaissances méd. du professeur Cornil, 26 juillet 1888, n° 30, p. 235.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de thèse,

DIEULAFOY.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET O^{ie}, HAVRE

